

BULETINI I URDHRI TË MJEKËVE TË SHQIPËRISË

Nr. 2 Maj - Gusht 2019
Viti i XX-të i Botimit

PËRMBAJTJA

Editoriali:

-25 Vjet Urdhri i Mjekëve të Shqipërisë

Etikë dhe Deontologji:

-Prof. Dr. Çipi B., Dr. Asqeri D. – Njohuri mbi plakjen e njeriut dhe konceptin e pavdekshmërisë

Edukimi i Vazhdueshëm Mjekësor:

-Afatet kohore të Certifikimit të Edukimit në Vazhdim përputhen me afatet e (ri)Licencimit të Mjekut

Veprimtari Mbarëkombëtare:

-Dr. Sami Qazimi shpallet “Qytetar Nderi” i Beratit pas vdekjes

Paraqitje Përgjithësuese:

-Prof. Dr. Andoni R., Meçuli A., Cani B., - Aspekte klinike-bakterologjike të Hemokulturës

- Dr. Mino E., - Përdorimi i Telemedicinës/Videokonsultimit™© në praktikën e përditshme të Shërbimit Shëndetësor Parësor

Rubrika e Mjekut të Familjes:

-Prof. Dr. Hoxha M., - Alergjia Molekulare: nga ekstrakti alergjik tek molekula

- Asllani J., - Sindromi alergjik Polen-Ushqim

Nekrologji:

-Prof. Dr. Thoma Kristo, Dr. Robert Biçolli, Dr. Vasil Teta, Dr. Ahmet Alliu, Dr. Arqile Gjickondi, Dr. Shyqyri Llanaj

25 VJET URDHRI I MJEKËVE TË SHQIPËRISË

Në mbledhjen e parë të këtij viti Këshilli Kombëtar i Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë vendosi të festojë 25 vjetorin e krijimit. Ky përvjetor nuk ishte thjesht për të bërë një protokoll festiv, por një moment i rëndësishëm i kurorëzimit të punës, përpjekjeve dhe kontributit të vyer shumëpalësh. Këtu dua të përmend (mjekë, drejtues dhe struktura të UMSH-së, bashkëpunëtor të institucioneve shëndetësore publike dhe jopublike, universitetet mjekësore, shoqata të specialiteteve mjekësore, shoqata të pacientëve dhe grupe të tjera interesi deri tek strukturat shtetërore dhe parlamentare, mediave, etj..) për të nisur, ecur dhe arritur në këtë rrugë të gjatë dhe të vështirë të krijimit, organizimit, reformimit, mbarëvajtjes dhe mirëfunksionimit, të Urdhrave mjekësore si risi në sistemin shëndetësor shqiptar. Sigurisht pengesat, vështirësitë dhe sfidat nuk ishin të lehta. Duhesh shumë për të bërë që të arrihej saktësimi i hapësirës ligjore dhe fushës së veprimtarisë praktike tonën duke bashkëpunuar dhe bashkëvendosur në harmoni të plotë.

Sot UMSH-ja ruan pavarësinë e tij dhe respekton partneritetin me gjithë aktorët dhe faktorët e tjerë të shërbimit shëndetësor në vend.

Umsh-ja plotëson dhe respekton kriteret dhe angazhimet në forumet ndërkombëtare.

Vlerësimi i arritjeve s'do të thotë se u bë gjithçka. Arritjet na inkurajojnë dhe bëhen bazë për të ndeshur dhe përballur me sfida të reja të kohës. UMSH-ja në këtë veprimtari feston duke analizuar e veçuar arritjet nga vetë anëtarësimi dhe strukturat e tij si dhe të ballafaqoj këto me opinionet e homologëve ndërkombëtar pjesëmarrës në këtë event të rëndësishëm.

Pas kësaj gjithpërfshirje duhet të mendojë për një plan strategjik zhvillimi e veprimi për të ardhmen duke synuar:

- Rritjen e kapacitetit dhe gjallërimi të punës
- Forcimin e zërit të tij brenda hapësirës ligjore të veprimtarisë.

Takimi Jubilar i 25 vjetorit të krijimit të Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë u mbajt në 06 Qershor 2019, pranë Tirana International Hotel.

Në këtë event të rëndësishëm për Urdhrin e Mjekëve, morën pjesë Znj. Ogerta Manastirliu, Ministre e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, anëtarë të Komisionit Parlamentar të Punës, Çështjeve Sociale dhe Shëndetësisë, Rektori i Universitetit të Mjekësisë, Prof. Dr. Arben Gjata, drejtues të Fakultetit të Mjekësisë, të Mjekësisë Dentare, të Universitetit “Zoja e Këshillit të Mirë”, drejtues të institucioneve shëndetësore publike dhe private, ish ministra të shëndetësisë, anëtarë të Asamblesë Kombëtare të UMSH-së, Presidentët e të 12 Këshillave Rajonale të UMSH-së, anëtarë të thjeshtë, etj...

Në këtë Takim Jubilar morën pjesë personalitetet më të larta të organizmave ndërkombëtare ku UMSH aderon, kryesuar nga Prof. Dr. Leonid Eidelberg – President i Shoqatës Botërore Mjekësore (WMA), Sekretari i Përgjithshëm Dr. Otmar Kloiber i kësaj shoqate, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery – President i Komitetit të Përhershëm të Mjekëve Evropianë (CPME) dhe Sekretarja e Përgjithshme e këtij Komitetit Znj. Annabel Seebohm, Dr. Jose Santos – President i Këshillit Evropian i Urdhrave Mjekësorë (CEOM), Prof. Asoc. Andrey Kehayov – President i SEEMF, përfaqësues të lartë të Dhomave të Mjekëve të Italisë, Spanjës, Portugalisë, Luksenburgut, Këshillit të Përgjithshëm Mjekësor të Britanisë së Madhe, Gjermanisë, Serbisë, Hungarisë, Francës, Kosovës, Zvicrës, Greqisë, Malit të Zi, Belgjikës, Sllovenisë Bosnje-Hercegovinës, Qipros, Bullgarisë, etj...

Eventi u hap nga Dr. Fatmir Brahimaj, President i Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë, i cili paraqiti arritjet e deritanishme dhe sfidat që dalin për UMSH në vitet e ardhshme.

Më pas eventit vijoi me fjalët përshëndetëse të **Znj. Ogerta Manastirliu** - Ministre e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, të **Prof. Dr. Leonid Eidelberg** – President i Shoqatës Botërore Mjekësore (WMA), të **Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery** – President i Komitetit të Përhershëm të Mjekëve Evropianë (CPME), të **Dr. Jose Santos** – President i Këshillit Evropian i Urdhrave Mjekësorë (CEOM), të përfaqësuesve të lartë të Urdhrit të Farmacistëve, Stomatologëve dhe Infermierëve të Shqipërisë. Në fjalët përshëndetëse të personaliteteve u theksua bashkëpunimi dhe vijimi i mbarëvajtjes së mëtejshme të tij në aritjen dhe kapërcimin e sfidave të së ardhmes.

Në takimin jubilar u uruan mjekët të cilët kishin ditëlindjen në 6 Qershor; dhe u nderuan me një minutë heshtje mjekët e larguar nga jeta duke përmendur ata të larguar në 3 vitet e fundit.

Eventi vijoi me dhëenien e titujve, ku:

Ju dha Titulli “**Nderi i Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë**” (pas vdekjes)

Me motivacion: “*Figurë e shquar e Mjekësisë Shqiptare, i paharruar përkushtimi dhe devocionin të jashtëzakonshëm, duke sakrifikuar jetën në kryerjen e detyrës së shenjtë të mjekut. Mbetet një frymëzim i madh për bluzat e bardha*”, mjekëve:

- **Dr. Kujtim Hysi**
- **Dr. Zana Floqi**
- **Dr. Nefail Metollari**
- **Dr. Agim Qarri**
- **Dr. Dionis Napuçe**
- **Dr. Sandër Baloi**

Ju dha Titulli “**Nderi i Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë**” (pas vdekjes)

Me motivacion: “*Figurë e shquar e Mjekësisë Shqiptare që dha kontribut të çmuar në krijimin dhe ngritjen e strukturës së parë të UMSH*”, mjekut:

- **Prof. Dr. Koço PORO** – si Presidenti i parë i UMSH-së

Ju dha titulli “Nderi i UMSH-së”

- **Prof. Dr. Besim Elezi** – Figurë e shquar e Mjekësisë Shqipëtare
- **Dr. Din Abazaj** – President i UMSH-së 1999-2015

Ju dha Titulli “**Mirënjohje e Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë**” (pas vdekjes) mjekëve:

- **Dr. Raif Hasani** – Sekretar i Përgjithshëm 1994-2000
- **Dr. Shaqir Krasta** – Sekretar i Përgjithshëm 2000-2015
- **Dr. Vehbi Kovaçi** – ish President i Këshillit Rajonal të UMSH, Qarku Shkodër
- **Dr. Andrea Dhimitri** - ish President i Këshillit Rajonal të UMSH, Qarku Durrës

Ju dha titulli “**Mirënjohje e UMSH-së**”, mjekëve:

- **Prof. Dr Ruzhdie Qafmolla** – Zv. Presidente e UMSH-së 2000-2014
- **Dr. Miltiadh Veveçka** - ish President i Këshillit Rajonal të UMSH, Qarku Berat
- **Dr. Yzedin Isufi** - ish President i Këshillit Rajonal të UMSH, Qarku Fier
- **Dr. Faik Toska** - ish President i Këshillit Rajonal të UMSH, Qarku Fier

- **Urdhrit të Farmacistëve të Shqipërisë**
- **Urdhrit të Stomatologëve të Shqipërisë**
- **Urdhrit të Infermierëve të Shqipërisë**
- **Swiss Development and Cooperation Agency**
- **General Medical Council (UK)**
- **German Medical Association**

**Fjala e mbajtur nga Presidenti i Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë dr. Fatmir
BRAHIMAJ në Takimin Jubilar të 25 Vjetorit të krijimit të Urdhrit të
Mjekëve të Shqipërisë
06 Qershor 2019, Tiranë**

Të nderuar kolegë,

E nderuar Znj. Ministre,

Të nderuar ish-ministra të Shëndetësisë,

Të nderuar Deputetë, Drejtues të Institucioneve Shëndetësore publike dhe jo publike,

Të nderuar mysafirë Ndërkombëtarë,

Të nderuar përfaqësues të Urdhrave të tjerë Profesionalë Mjekësorë, Përfaqësues të Profesoratit dhe Shoqatave Mjekësore Shqiptare, Përfaqësues të Shoqatave të të Sëmurëve,

Të nderuar kolegë, zonja dhe zotërinj

Kam kënaqësinë t’ju uroj mirëseardhjen në shtëpinë e përbashkët të mjekëve, në këtë festë të madhe të 25 vjetorit të krijimit të UMSH-së dhe dua t’ju falenderoj për praninë tuaj, të cilën e konsideroj nder, privilegj, respekt dhe një mbështetje të madhe për veprimtarinë e Urdhrit të Mjekëve ndër vite, si një risi në sistemin shëndetësor shqiptar.

Urdhri i Mjekëve të Shqipërisë ishte një nga dallëndyshet e para të shoqërisë civile, që u shfaq në terrenin e ndryshimeve të mëdha demokratike që ndodhën në vendin tonë, pas ndryshimit të sistemit.

Personalisht ndjehem me fat, thellësisht i privilegjuar dhe krenar që ndaj këto momente me ju. E ndjej të domosdoshme të përsërites të gjithë kolegët që me zemër dhe mendje janë në këtë festë të madhe, por sot janë në shërbim, që është i shenjtë dhe i paprekshëm si në festa, ashtu edhe në momente të vështira e delikate të jetës së përditshme në vendin tonë.

Për Urdhrin e Mjekëve, sot është një ditë e madhe, një festë për arritjet e shumta, të mëdha e të vogla. Në mungesë të plotë tradite e përvojë e nisëm nga hiçi, thjesht krijuam një risi të cilës i kishim dëgjuar vetëm vlerat në interes të mjekëve, pacientëve dhe cilësisë së shërbimit.

Sot, shohim së bashku me Urdhrat e tjerë Profesionalë Mjekësorë që na pasuan, jemi një zë serioz dhe i rëndësishëm në sistemin shëndetësor shqiptar. Ne kemi një hapësirë të qartë, të detajuar dhe saktësuar ligjërisht në veprimtarinë e përditshme bashkëpunuese me aktorë dhe faktorë të shumtë të sistemit shëndetësor.

Ne jemi ent publik i pavarur, jo politik, jo buxhetor dhe thellësisht profesional, që përfaqësojmë interesat e anëtarëve duke i harmonizuar ato me interesat e publikut.

Edhe në kontakte dhe marrëdhëniet e shumta me homologët ndërkombëtarë, ndryshimi dhe arritjet janë të mëdha. Në fillim, ne ishim dëgjues të heshtur, të menduar, bënim vetëm pyetje për të kuptuar vetërregullimin dhe vetëqeverisjen profesionale, si dhe rolin, misionin dhe funksionin e urdhrave, apo si realizoheshin e zbatoheshin në praktikë konceptet, detyrat dhe angazhimet e marra.

Sot, duke lënë mënjane modestinë, ne ndjehemi të barabartë midis tyre, sepse kemi tregues dhe standarde të njëjta me ta. Tani, ne njohim, analizojmë, zbatojmë dhe trajtojmë (sigurisht bazuar në realitetin tonë) të gjitha konceptet dhe çështjet e vetërregullimit dhe praktikës së profesionit tonë. Ne sot jemi anëtarësuar në pothuajse gjithë organizmat ndërkombëtare rajonale, evropiane dhe botërore. Prania sot e rreth 50 mysafirëve ndërkombëtarë, midis tyre Presidenti i Shoqatës Mjekësore Botërore (WMA) Prof. Dr. Leonid Eildelman, është një gjest jo thjesht protokollar, por një vlerësim dhe mbështetje e madhe për punën dhe arritjet tona.

Sigurisht kjo nuk ishte e lehtë dhe nuk u arrit në një ditë. E ri-theksoj, se Ne e filluam në padije të plotë. Vetëqeverisja dhe vetërregullimi profesional, rregjistrimi, licencimi e ri-licencimi i mjekëve, certifikimi dhe ri-certifikimi, EVM-ja, kreditimi, kompetenca, performanca, standardet profesionale, praktika e mirë mjekësore dhe gjykimi profesional, etj., që nuk përmendeshin më parë, sot janë rutinë në fjalorin, praktikën dhe problematikën e përditshme.

Është ndjekur një linjë e qartë: analizohej me përgjegjësi e profesionalitet situata jonë, ballafaqohej ajo me përvojën ndërkombëtare, duke gjetur modele dhe zgjidhje që të zbatoheshin tek ne, sqaroheshin strukturat dhe anëtarësia jonë, ju sugjeroheshin grupeve të interesit dhe bashkarisht sensibilizonin partnerët tanë, strukturat shtetërore, parlamentare, publikun, gjithë

shoqërinë dhe kështu sigurohej mbështetja morale dhe krijohet baza ligjore, pastaj çdo ndryshim pasqyrohet në dokumentet dhe veprimtaritë tona.

Në këtë mënyrë, ne themi me bindje se arritjet nuk janë rezultat i punës apo meritës së një apo një grupi individësh, por vinë nga puna dhe kontributi i gjithë bashkësisë së mjekëve, drejtuesve dhe strukturave të Urdhrit të Mjekëve, bashkëpunimet e partneritetet me institucionet publike dhe private, bashkëpunimet me homologë kombëtar dhe ndërkombëtar, predispozicionet dhe kontributet e strukturave shtetërore dhe parlamentare (kujtoj këtu ndryshimin tre herë të Ligjit për UMSH-në nga Parlamenti me nismën e qeverive për t'u përmirësuar dhe afruar me kërkesat e kohës).

Kontribut të veçantë kanë edhe mediat.

Dua të nënvizoj rëndësinë që ka patur në vite qartësia, vendosmëria dhe këmbëngulja për të ndjekur, respektuar dhe ruajtur tre kolona të rëndësishme të veprimtarisë sonë:

- *Ruajtja e pavarësisë (pa patur ndikime politike dhe partiake, fetare, racore, etj..).*
- *Partneriteti me institucionet shëndetësore publike dhe private.*
- *Bashkëpunim i vazhdueshëm me forumet mjekësore ndërkombëtare, duke ruajtur e respektuar kriteret dhe detyrimet e anëtarësisë në to.*

Edhe kur Ligji i vitit 2014 për Urdhrit e Mjekëve të Shqipërisë shkëputi stomatologët, na doli si detyrë zgjedhjet e reja dhe përshtatjen e gjithë dokumentacionit në frymën e ligjit të ri, u ndoqën këto linja nga drejtuesit dhe strukturat aktuale të UMSH-së për të siguruar vazhdimësinë e veprimtarisë. Edhe pse, në një terren të vështirë, me qëndrime e veprime të qarta që synonin humbjen e pavarësisë, minimizimin e funksioneve të UMSH-së, strukturat e reja të zgjedhura vazhduan punën e tyre.

Duke e bazuar veprimtarinë plotësisht në kornizën ligjore të funksionimit, u punua fort për të kryer misionin dhe funksionin e Urdhrit, përfaqësimin e interesave të anëtarëve, ruajtjen dhe përmirësimin e standardeve profesionale, si dhe sigurimin e publikut për cilësinë e kujdesit shëndetësor që i ofrohet.

Është insistuar fort në respektimin e plotë të Kodit të Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore, si përgjegjësi profesionale e mjekëve.

Është ngritur fort zëri për garantimin e një terreni të sigurt për të ushtruar me dinjitet profesionin mjekësor, duke garantuar kushtet për respektimin e standardeve profesionale në të gjitha hallkat e ofrimit të kujdesit shëndetësor, duke punuar dhe synuar që mjeku të ketë dinjitet dhe personalitetin që meriton dhe publiku të jetë më i sigurt për kujdesin shëndetësor që i ofrohet, duke analizuar fenomene të reja si mjekësia difensive, dhuna ndaj mjekëve, mbingarkesa në punë, tendenca për delegim detyrash në personel më pak të kualifikuar, kriminalizimi i skajshëm i gabimeve mjekësore, etj...

Është sensibilizuar mbarë shoqëria për nevojën e qëndrimeve, vlerësimeve të reja për të krijuar klimën e duhur për një kujdes shëndetësor cilësor. Kjo punë ka dhënë rezultat, është mbështetur duke ndërmarr nisma ligjore për realizimin e tyre.

Urdhri i Mjekëve të Shqipërisë, duke qenë hallkë ndërmjetëse midis drejtimit profesional të mjekëve dhe mbrojtjes së publikut ndaj kequshtrimit të profesionit të mjekut është përpjekur të analizojë dhe gjykojë ankesat ndërmjet një gjykimi profesional të paanshëm, bazuar në një ekspertizë sa më cilësore e të besueshme, në respekt të të drejtave dhe detyrimeve të të gjitha palëve, për të qenë në marrëdhënie të shëndetshme besimi dhe llogaridhënie.

Në mbyllje do doja të citoja fjalët e Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery (President i CPME – Komitetit të Përhershëm të Mjekëve Evropianë), i cili duke falenderuar të pranishmit për kontributin e tyre tha:

“Vendimet tona tregojnë se së bashku ne mjekët evropianë, marrim vendimet më të mira për të mbrojtur shëndetin e publikut, të drejtat e njeriut dhe cilësinë e lartë të kujdesit shëndetësor”.

Në të njëjtën linjë edhe Urdhri i Mjekëve të Shqipërisë do të kryej misionin e tij në vend dhe do të kontribuojë në bashkësinë e homologëve ndërkombëtarë.

Sot dua t’i falenderoj të gjithë.

Faleminderit për kontributin në këto arritje që kemi sot.

JU FALEMINDERIT

Fotot: DSC_0141, 0151, 0158, 0178, 0343, 0372, 0420, 0453, 0475, 0479, 0484, 0494, 0509, 0519, 0528, 0531, 0616

Në kuadër të Takimit Jubilar në datën 7 Qershor 2019 u zhvilluan edhe 2 aktivitete të tjera:

- **Mbledhja e radhës e CEOM**

TAKIMI PLENAR I CEOM (KËSHILLI EVROPIAN I URDHRAVE TË MJEKËVE)

Tiranë 6-7 Qershor 2019

Kjo veprimtari e rëndësishme filloi me një seancë hyrëse ku përshëndeti dr. Fatmir Brahimaj, president i UMSH duke uruar edhe njëherë mirëseardhjen të pranishmëve në vendin tonë duke e cilësuar atë si nder, vlerësim dhe privilegj zhvillimin e këtij aktiviteti në Tiranë, e duke vazhduar theksoi rolin dhe vlerat e CEOM midis organizmave të rëndësishëm profesional ndërkombëtar.

Më tej ai prezantoi disa të dhëna mbi bukuritë e natyrës dhe popullatën e Shqipërisë, si dhe u ndal veçanërisht mbi sistemin shëndetësor shqiptar, si dhe kontributin e urdhrave profesional të ndryshëm si risi e dekadave të fundit në këtë sistem.

Kjo fjalë u pasua nga përshëndetja e Rektorit të Universitetit Mjekësor të Tiranës, prof. dr. Arben Gjata, i cili vlerësoi rëndësinë e bashkëpunimit dhe shkëmbimit të përvojave me homologët ndërkombëtarë. Ai theksoi 2 fakte domethënëse: Ne jemi duke reformuar sistemin tonë shëndetësor, dhe Urdhrat profesionalë mjekësor si risi të sistemit shëndetësor shqiptar kanë shumë nevojë të përfitojnë nga përvoja e organizmave ndërkombëtare dhe sidomos atyre evropiane.

Më tej prof. Gjata shtjelloi rëndësinë e partneritetit të institucioneve publike me Urdhrat Profesionale Mjekësorë, duke nënvizuar bashkëpunimin e UMT me ata për shumë qëllime me interes të ndërsjellë.

Përshëndetja e fundit ishte nga presidenti i CEOM dr. J. Santos. Ai shprehu kënaqësinë që ky takim u zgjodh të ishte pjesë e veprimtarive festuese që UMSH organizonte në 25-vjetorin e tij. Ai falenderoi organizatorët për mikëpritjen, organizimin e veprimtarive festive dhe kushtet optimale për këtë takim. Dr. Santos vlerësoi ecurinë dhe arritjet e UMSH në pak vite edhe në mungesë të plotë tradite, dhe përvojën shqiptare në këtë fushë. 'Ne jemi krenar dhe të lumtur nëse kemi kontribuar në këto arritje të kolegëve shqiptarë' -nënvizoi ai. Duke përfunduar ai theksoi rëndësinë e tematikës që do të trajtoheshin në takimin e Tiranës, dhe falenderoi të gjithë kontribuesit në mbarëvajtjen e këtij event.

Pas përshëndetjeve u bë apeli i kryetarëve të delegacioneve pjesëmarrëse, nga dr. J. F. Rault, Sekretar i Përgjithshëm i CEOM. U falenderuan për pjesëmarrjenë këtë event dr. O. Kloiber Sekretar i Përgjithshëm i WMA, prof. F. U. Montgomery president i CPME, si dhe A. Sebon Sekretare e Përgjithshme e CPME, dr. Istvar Eger President i Dhomës Mjekësore Hungareze, si i ftuar në këtë takim plenar të CEOM.

Seanca në vijim e këtij event ju kushtua kontributit të UMSH. Pjesëmarrësit dëgjuan referimin e prof. dr. Genc Burazeri me temë: 'Shëndeti i grupeve vulnerabël në popullatën shqiptare'. Në këtë studim u prezantua puna për klasifikimin e këtyre grupeve sipas përvojës evropiane, puna për evidentimin në terren të tyre si dhe problematikat e specifikat për secilin grup. Ndjekja e tyre nga mjeku i përgjithshëm/familjes, rëndësinë e bashkëpunimit dhe bashkëveprimit të aktorëve dhe faktorëve aktiv të shoqërisë shqiptare që do të menaxhojnë dhe mbarështrajnë specifikat e problemeve të këtyre grupeve shoqërore në realitetin e sotëm në vendin tonë, për të mbrojtur jo vetëm shëndetin por edhe dinjitetin dhe personalitetin e subjekteve në këto grupe.

Referimi i dytë ishte nga prof. dr. Gjeorgjina Kuli-Lito, me temë: 'Sistemi i Imunizimit në Shqipëri, arritje dhe vlerësim'. Studimi pasi theksoi dhe argumentoi vlerat e padiskutueshme të imunizimit të fëmijëve, paraqiti të dhëna mbi gjendjen e tij në grupe fëmijësh të marrë në studim. Këtu evidentoheshin arritjet dhe problemet frenuese në rezultatet e marra. Theksoheshin përpjekjet dhe puna e personelit mjekësor për përmirësimin e rezultateve si dhe nevoja për ndryshime ligjore për ta lehtësuar realizimin e plotë të imunizimit të fëmijëve.

Më tej u vijua me paraqitjen e bashkëpunimit midis CEOM dhe Komisionit të BE. U referua nga dr. Santos dhe A. Emeira: ‘Korniza e koalicionit të BE për vaksinimin’. Prej tyre doli në pah rëndësia e punës së profesionistëve mjekësor si dhe domosdoshmëria e plotësimit të kuadrit ligjor nga strukturat përkatëse Evropiane.

Seanca pasuese ju kushtua paraqitjes së rezultateve të vëzhgimeve të bëra nga CEOM, të referuara nga Sekretari i Përgjithshëm dr. J. F. Rault: ‘Rezultatet e vëzhgimit në BE mbi aksesin në kujdesin shëndetësor parësor gjatë natës dhe në fundjavë’, dhe prezantimi i vëzhgimit të BE për ‘Zhvillimin e vazhdueshëm profesional’. Të dy prezantimet u shoqëruan me diskutime dhe sugjerime si për organizmat profesionale ashtu edhe për administratën shtetërore.

Pas pushimit të drekës u vazhdua me sesionet e tjera. U fillua me një informacion mbi BREXIT dhe qëndrimi i organizmave profesionale në Mbretërinë e Bashkuar dhe në BE.

Me shumë interes u ndoq prezantimi i studimit të Observatorit Evropian mbi demografinë mjekësore.

Dr. B. Arbomont foli mbi migrimin e mjekëve dhe impaktin e tij në rrallimin e kujdesit shëndetësor në Francë. Kjo fjalë u pasua nga diskutime të shumta me shkëmbime pikëpamjesh mbi situatën dhe hapat e bëra në vende të ndryshme.

Interes të veçantë pati referimi i prof. F. Alberti me temë: ‘Rekomandime deontologjike për telekonsultimet dhe telemjekësisë. Po ashtu edhe prezantimi i bashkëpunimit të CEOM për dhunën ndaj profesionistëve të shëndetësisë.

Në seancën përmbyllëse dr. Santos bëri disa konkluzione të eventit. Pastaj ai ftoi të votohej për aprovimin e takimit pasardhës në Lisbonë – Portugali.

Fotot: CSC_0631, 0655, 0675, 0707, 0741

- **Konferenca me temë: “Konferenca e II-të kombëtare e Mjekut të Përgjithshëm dhe të Familjes” e organizuar nga Shoqata e Mjekut të Familjes**

KONFERENCA E II-TË KOMBËTARE E MJEKUT TË PËRGJITHSHËM DHE TË FAMILJES

7-8 Qershor 2019

Në datat 7 dhe 8 Qershor 2019 në Hotel Tirana International u mbajt Konferenca e II-të Kombëtare e Mjekut të Përgjithshëm dhe të Familjes, konferencë e organizuar në kuadër të aktiviteteve për 25 Vjetorin e themelimit të Urdhrit të Mjekut të Shqipërisë.

Aktiviteti u hap nga presidenti i Shoqatës së Mjekut të Përgjithshëm dhe të Familjes dr. Vladimir Shyqyriu dhe u përshëndet nga Dekani i Fakultetit të Mjekësisë Prof. Dr. Xheladin Draçini, të

cilët jo vetëm i uruan aktivitetit punime të mbara por theksuan domosdoshmërinë e kryerjes më të shpeshtë të aktiviteteve edukuese për mjekun e përgjithshëm dhe të familjes.

Në datën 8 Qershor 2019, konferenca u përshendet edhe nga Presidenti i UMSH dr. Fatmir Brahimaj, i cili u sugjeroi mjekëve ndjekjen dhe pjesëmarrjen në aktivitetet e edukimit në vazhdim si një domosdoshmëri për të rritur standardet e tyre profesionale në ofrim të një shërbimi shëndetësor më cilësor dhe të sigurtë për pacientët dhe popullatën.

Në konferencë referuan 24 lektorë nga shërbimi spitalor dhe ai parësor, me tema të ndryshme si: “Përvoja Shqiptare në Kirurgjinë e Obezitetit” e mbajtur nga prof. dr. Arben Beqiri; “Kolonoskopia si një vlerë diagnostike dhe terapeutike” e mbajtur nga dr. Altin Cekodhima; “Një pasqyrë mbi Sklerozën Multiple – perlat dhe grackat” e mbajtur nga dr. Drini Dobi; “Linja guide të sëmundjes renale kronike – roli i mjekut të familjes” e mbajtur nga dr. Alma Idrizi; “Ushqyerja e hershme dhe Autizmi” e mbajtur nga dr. Sonila Tomorri; “Çrregullimet psikosomatike, Stresi Kronik dhe Sëmundjet e Sistemit Kardiovaskular” e mbajtur nga dr. Ëngjëllushe Hasani; “Vlera diagnostike e Chromograinës A si një biomarkues i tumoreve neuroendokrine” e mbajtur nga dr. Nevila Heta; “Vlerësimi i nivelit të Vitaminës D tek rastet e reja me diabet Melitus tip II” e mbajtur nga dr. Dashmir Gjergji; etj...

Në konferencë morën pjesë mjekë të përgjithshëm dhe të familjes nga i gjithë vendi, të cilët e vlerësuan shumë pozitivisht aktivitetin dhe u pajisën me kreditet e përcaktuara nga Qendra Kombëtare e Edukimit në Vazhdim.

ETIKË DHE DEONTOLOGJI

NJOHURI MBI PLAKJEN E NJERIUT DHE KONCEPTIN E PAVDEKSHMËRISË

Prof. Dr. Bardhyl ÇIPI, Dr. Denisa ASQERI***

**Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Mjekësisë Tiranë*

***Shërbimi i Sëmundjeve Profesionale, QSU Tiranë*

ABSTRAKT

Plakja është një proces që kalon njeriun gjatë jetës së tij, të cilën e studion shkencat e Geriatri dhe Gerontologjisë. Plakja është një proces i natyror dhe i paevitueshëm që ndodh në të gjithë popullsinë dhe është një nga shprehjet më të zakonshme të sëmundjeve të moshës.

Në këtë punim, pas paraqitjes së disa aspekteve të mjekësorisë së plakjes, jepet një pasqyrë e situatës që ekziston në vendin tonë, ku është rritur rrezikui plakjes së popullsisë, sipasojë e efektit të kombinuar të rritjes së jetëgjatësisë, uljes së lindshmërisë dhe emigrimit në rritje të moshave të reja.

Por shqyrtimi i plakjes mund të shihet edhe në një këndvështrim tjetër, që ka të bëjë me pavdekshmërinë biologjike.

Sipasnjëstudimitë Michel Rose, plakja e njeriut sirrjedhojë e ndryshimeve që pëson trupin me kalimin e moshës, mund të shkojë deri në fazën e kurë afizike të stabilizohet dhe njeriu kalon në atë që quhet periudha e pavdekshmërisë. Përkëteshtë e rëndësishme që faza e pavdekshmërisë të arrihet samëshpejt, duke ndërprerë procesin e plakjes së mëherët, nëpërmjet një mënyre jetese me përdorimin e paleo-dietës, apo ushqimeve që përdornin jerezit e lashtë në periudhën e neolitit.

Përveç pavdekshmërisë biologjike, në këtë studim analizohen konceptet e tjerat e pavdekshmërisë, metodat që përdoren ose janë propozuar për t'upërdorur për arritjen e imortalitetit, kupadysim midis tyre një vend të rëndësishëm zësuspensionikrionik.

Të gjitha këto çështjeshqyrtohen me hollësinë lidhje me aspektet e tyre mjekësore, biologjike, filozofike, etike, etj...

Fjalëtkyç: Plakja, Pavdekshmëria, Shqipëria, Pavdekshmëri biologjike.

Knowledge of human aging and the concept of immortality

Aging is a process that passes the human being during his lifetime, studied from the science of geriatrics dealing with aging diseases and the science of gerontology that examines the aging process.

In this paper, after the presentation of some medical aspects of aging, it is presented an overview of the situation of aging that exists in our country, where the risk of aging of the population has increased as a result of the combined effect of increasing life expectancy, decreasing fertility and rising emigration of younger ages.

But aging examination can be seen in another perspective, related to biological immortality.

According to a study by Michel Rose, the aging of a human being as a result of changes that his body experiences with age can go as far as reaching a stage where the physical decline stabilizes and man passes to what is called the period of immortality. It is therefore important that the phase of immortality be achieved as soon as possible, interrupting the aging process as early as possible through a way of life with the use of paleo-diet or foods used by ancient people of Neolithic period.

In addition to biological immortality, this study analyzes other concepts of immortality, the methods used or proposed to be used to achieve immortality, where obviously among them an important place is the cryonic suspension.

All these issues are examined in detail with regard to medical, biological, philosophical, ethical aspects, etc...

Key words: Aging, Albania, Immortality, Biological immortality.

1. Hyrje

Në të gjitha qeniet e gjalla, kusipasligjevetë natyrisht lindin, rriten, zhvillohen, plakendhenë fund vdesin, edheteknjeriundeshen këto procese, kupadysimnjë vend me rëndësi zëedheplakja.

Ajopërbënnjëfazë që kalon njeriugjatë jetës së tij, e cilakarakterizohet me një sërë ndryshimesh fiziologjike e psikologjike, apo me sklerotizimin e organeve jetësore, icilipërveçanësmjekësore mund të shihet edhe në këndvështrimet filozofike, sociale, demografike, juridike, etj... (9)

Në të vërtetë, situata e sotme e zhvillimit të shoqërisë njerëzore në përgjithësi, në kuadrin e përmirësimit të kushteve të jetës dhe zbulimeve të mëdha në fushat e shkencave biomjekësore,

të gjithakëtoshqëruara me futjen e metodave të diagnostikuese e mjekuese, ka bërë që të pakësohen rreziqet e vdekjeve të parakohshme sidhetë rritet jetëgjatësia e njeriut. (9)

Një situatë e tillë është shoqëruar me shtimin e kontigjenteve të njerezve me moshat e kaluar dhe problemeve që kanë të bëjnë me plakjen e tyre.

Kjo është dhe arsyeja kryesore që sot në të gjithë botën, çështjet e fundit të jetës në lidhje me eutanazinë, mjekimet paliative dhe shumtë tjera, të zënë një vend savjen e më të rëndësishëm, në qëndrimet që duhet të regojë shoqëria dhe sidomos shkencat mjekësore ndaj tyre, problemet që tona kjo në kryesisht shkencës së Bioetikës. (1)

Në këtë studim analizohet disa koncepte të Gerontologjisë dhe Geriatriisë, situatës aktuale në vendin tonë në lidhje me plakjen e popullsisë së dhe jepen disa mendime që plakja mund të pasohet me atë që quhet pavardekshmeria biologjike.

Në fund shqyrtohen edhe disa gametodat që përdoren ose janë propozuar për t'upërdorur për arritjen e imortalitetit, kupadysim midis tyre është edhe suspenzion i kjonik.

2. Gerontologjia dhe Geriatria

Gerontologjia (ngaqë është e vjetër: geron – njeri i moshuar dhe logos – shkencë) – shkencë që studion aspektet mjekësore, sociale, kulturele, psikologjike, biologjike të plakjes; ky term është përdorur për herë të parë në vitin 1903 nga Ilia Meçnikov.

Kjo dallohet nga Geriatria që ka si objekt kurimin, parandalimin e sëmundjeve dhe gjymtimeve të personave të moshuar.

Gerontologjia lidhet me fushat e ndryshme të biologjisë, infermierisë, mjekësisë, kriminologjisë, dentistrisë, psikologjisë, psikiatriisë, sociologjisë, etj...

Plakja e njeriut, ngapikë pamja biologjike karakterizohet nga një sërë ndryshimesh sasiore dhe cilësore, në të cilat organizmi i njeriut zvogëlohet nga ana e llojve të shumta të funksioneve të tij. (9)

Ky proces mund të shihet në tre këndvështrime: biologjik, social dhe psikologjik. (9)

- Nga pikëpamja biologjike, plakja e njeriut karakterizohet nga një sërë ndryshimesh sasiore dhe cilësore, që shfaqen me zvogëlimin e njeriut nga ana e llojve të shumta të funksioneve të tij. Megjithatë mund të ndodhë që një person i moshuar të ruajë karakteristikat vitale të një jetëri në lidhje me vëmendjen, kujtesën, logjikën, etj..., dhe nga ana tjetër të paraqesë deficiet të funksioneve fizike të ndryshme.

- Nga pikëpamja sociale, fillimi i plakjes përrputhet me lënien e punës dhe daljen në pension sipas kritereve të miratuar nga shteti. Tek pensionisti, largimi nga puna krijon idenë se ai nuk është më i vlefshëm; por kjo nuk është e vërtetë dhe duhet kundërshtuar, sepse duhet mbështetur mendimi se daljanë pension nuk bëhet për të pushuar;

pushimidheinaktivitetinëshoqërinë e sotme e shpejtojnëprocesin e degradimittëtëmoshuarit. Tëmoshohesh, do tëthotët'ubëshballëkushtevetëreja, pra duke u orientuadhepranuardetyratëreja.

-Nga pikëpamjapsikologjike, moshimiinjieriutshoqërohetnjëkohësisht me njohjenngaana e tijtësamëshumëpersonave, pajisjesgjithnjë e mëshumë me eksperiencëtë re tëjetës, tëgjithakëtopër ta bërënjeriunmëtëdobishëmpërtëtjetërët. Pranëkëtëkuptim, duhetluftuarmendimi se tëmësuaritnëmoshëtëkaluarështëipamundur. Sipasnjëthëniejepopullore: “njeriuplakët duke nxënë”.(9)

Sidoqoftë me kalimin e moshësdiasëmundjebëhenmëtëshpeshta, por atonukduhetqëtëpengojnëaktivitetin normal oselëvizshmërinë e njeriut. Mendimi se shumica e personavetëmoshuarjanëtëdetyruartëqëndrojnënëshhtëpispasojë e sëmundjvedheinvaliditetitnukështëisaktë. Nga tëdhënat e literaturës, vetëm 5% e personavetë“moshëssëtretë” janëtëdetyruartëmōsdalin dot ngashtëpiaspasojë e problemeveshëndetësorekronike.(9)

Njëveçori e moshimitështëprijja e ngathtësisëdhe e ngadalësisë; tëmoshuaritkanënevojëpërmëshumëkohëpërtëkryeraktivitetin e tyre mendor apo fizik, por kjonukipengonataqëtërealizojnëkëtëaktivitet bile dhëmëmirë se individët me moshëtë re.

Njëveçoritjetër ka tëbëjë me faktinqë me kalimin e moshës, pakësohetaftësiapërtëpërballuarstresin.

Tekgratë e moshuamundtëshfaqetosteoporoza, e shoqëruar me hollimdhedobësimtëkockave, qëmundtëshpjerëderinëthyerjen e tyre.

Me kalimin e moshës, dobësohenedheorganet e shqisave: ulja e dëgjimit, e shikimit. Ulja e dëgjimitdëmtonkomunikimin me njerëzit e tjerëdhekuvizonshkëmbimetsocialetpersonavetëprekur, qënganjëherëmuntëarrijëderinëtërheqjengajetashoqërore.

Njëngaçrregullimetmëtëshpeshtatëshikimitjanëkataraktidheglaukoma; kataraktimundtëkorrigjohet me ndërhyrjekirurgjikalenësy.

Moshimigjithnjë e bënëjeriunmëtëprekshëmngaaksidentetdhesëmundjetkronike.

Nëfakt, ketosëmundjejanëshumëtërëndësishme, sepsërreth 80% e tëmoshuarvevuajnënganjëosemëshumësëmundjekronike.(9)

Tresëmundjetkryesorekronikevdekjeprurësetëtëmoshuarvejanë: sëmundjetkardiovaskulare, cerebrovaskularedhekanceri.

Reduktimioseshtyrjanëkohë e çrregullimvengakëtosëmundjemundtëshpjerënëpakësimin e vdekjevetëparakohshmedheritjen e jetëgjatësisë; gjithashtumundtëzvogëlojëperiudhën e sëmundshmërisë (shëndetittëkeq), qëtëmoshuarittëmbetentëshëndetshëmderiafërvdekjessëtyre.

Prapërparandalimin e sëmundjvedhekontrollin e shëndetitnëmōshën e tretë, geriatria ka sipikësynim:(9)

-reduktimin e dëmtimeve, p.sh.:ngainfeksionetdhetoksinat;

-rritjen e aftësisëmbrojtësëndajdëmtimeve (p.sh.:nëpërmjetritjessëmbrojtjesantioksidante me vitaminaoseforcimittëfunsioneveimunetëorganizmit);

-parandalimin e humbjeve nga "mungesa e përdorimit", p.sh.: duke qëndruar fizikisht dhe mendërisht aktiv).

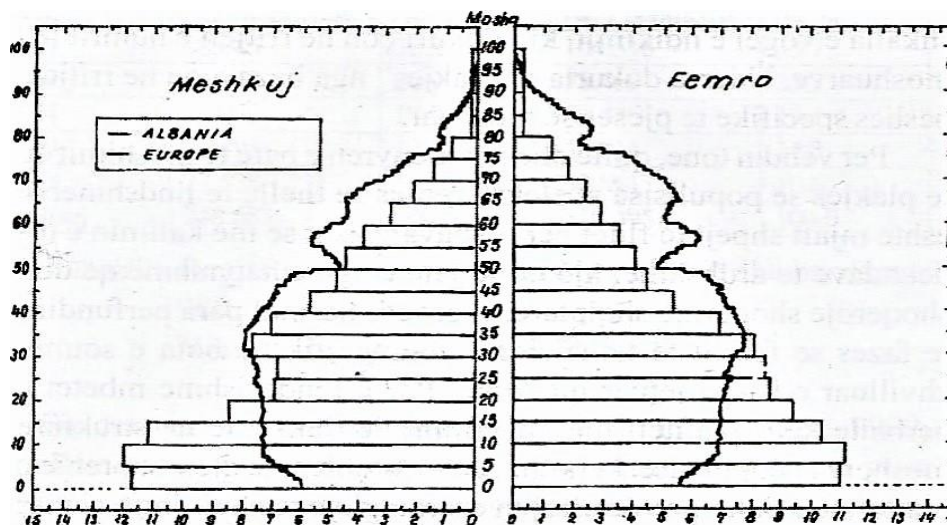
3. Situata aktuale në Shqipëri mbi Plakjen e Popullsisë

Struktura e popullsisë sipas moshës dhe gjinisë, paraqitet zakonisht me anën e një grafiku që quhet "piramida e moshave", icilin e përmjet njohjes së strukturës së popullsisë sipas moshës dhe gjinisë, jep një pasqyrim real mbishkallën e riprodhimit dhe të prirjes së moshimit dhe shkallës së plakjes së saj. (9)

Kështu në rastin e një popullsie me moshëtë re, me riprodhim të lartë, baza e piramidës së moshave është e gjerë dhe në të kundërtën, baza e piramidës do të jetë e ngushtë. Shkalla e moshimit të popullsisë do të pasqyrohet nga forma e kulmit të kësaj piramide. Për një popullsi të re me shkallë të ulët moshimi, kumosa e tretështenë numërohet si e paktë, kulmi i piramidës do të jetë i hollë dhe e kundërtanë një popullsi me shkallë të lartë moshimi apo plakjeje, kulmi i piramidës do të jetë më i gjerë.

Kjo metodë grafike e paraqitjes së strukturës së popullsisë sipas moshës, shërben për të pasqyruar ndryshimet e saj në periudhat e ndryshme historike të zhvillimit të një vendi sidhe për të parashikuar evolucionin e saj në të ardhmen.

Në vendin tonë, popullsia është karakterizuar nga shtimi i shpejtë të saj. Deri në vitin 1990, ajo është dyfishuar mesatarisht çdo 30 vjet. (9) Ndryshimet e mëdha politiko-ekonomike pas viteve 1990, u shoqëruan me ndryshime të strukturës së moshës të popullsisë së vendit tonë.



Piramida e moshave për popullsinë e Shqipërisë (1998)

Aktualisht në vendin tonë bienë sytë e fundit pakësimi i lindjeve të popullsisë, e ndikuar kjo edhe nga vendosja e ekonomisë në rritje e familjeve shqiptare, gjë që pasqyrohet në ngushtimin e bazës së piramidës së moshave.

Por njëdukuri e rëndësishmeqë ka ndikuarnëndryshimin e “piramidëssëmohave” nëvendintonëishtëemigrimiasivipopullsisë, edhekypërsyeekonomike, sidomoskjo përmoshat e rejatëvendittonë, gjëqëështëshoqëruar me shtimin e kontigjentevetëmohavetëkaluara.(5)

Gjithashtu, bienësyedhenjërritje e jetëgjatësisëtek ne, e ndikuarkjondoshtaedhengafutja e metodavetërejamejekuese, kryesishtngaana e sektoritprivattëshëndetësisënevëndintonë.

Tëgjithakëtokanëbërëqëbaza e piramidëssëmohavenëvendintonëtëketëardhur duke u ngushtuar, ndërsamaja e sajtekëtarëdhur duke u zgjeruar.Pra sot, sikurseshprehetnjëstudiuës, shifratregojnë se Shqipëria po shkondrejtrezikut tëplakjessëpopullsisësipasojë e efektit tëkombinuar tërritjessëjetëgjatësisë, uljessëlindshmërisëdheemigrimitnërritjetëmohësëre.(5)

4.Pavdekshmëriabiologjikesivazhdimiplakjessënjeriut

Diskutimetmbiprocesin e plakjessënjeriutdhefenomeneveshoqëruesetësaj, menjëherëtëbëjnëtëmendoshpërpavdekshmërinëdhesidomospërpavdekshmërinëbiologjike.

A është e moralshmepranimiipavdekshmërisësinjëkoncept, ikundërt me ligjet e natyrësmbijetën, e cilasikursetetëgjithaqeniet e gjallapërfundongjithnjë me vdekjen e njeriut?

Nukduhetharruarfakti, qëqëndrimet morale tënjeriutnëlidhje me procedurat e ndryshmemjekuese, kanëardhurgjithnjë duke u ndryshuar me kalimin e kohës.(2)

Kështu, vendosja e zemrës tënjeriutëvdëkurteknjë person igjallë, me qëllimqë ai tëvazhdojëtëjetojë, do tëpërbëntëpadyschimnjëveprimmjekësorshumëdobiprurës; ndërsa po tëflitej përkëtëgjëdhetransplantimet e organevetënjeriut, 1,000 vitemëparë, kjo do tëquhej “njëmagji e zezë”.Po kështu, edhe një arritje e mjekësisëmodernetësotme, siçështëmaternitetizëvendësues, nuk do tëpranohejnëkohët e mëparshme.

I njëjtiasyetimmundtëbëhetedhepërkonceptin e pavdekshmërisë.Nënatyrë ka disa specie peshqish, breshkash, peshkaqenëshqëjetojnë me qindravite, derinë 700 vjet.Përsekjogjë nuk është e mundur të arrihetedhepërnjeriun?

Sot ne po jetojmë në periudhën e arritjevetëmëdhanëfushat e shkencavebiomjekësore, me anëtëtëcilavemundtë arrihetzgjatja e jetës, apo ndoftaedhepavdekshmëria e njeriut.Përkëtëjanëparaqiturteoritëshumtanëlidhje me plakjen.(9)Nëdisaprejtëre pranohetteoria e radikalevetë lira, sipassëcilës, ato janëdisa substancaqëpërfshihennëreaksionet “oksiduese” që e dëmtojnëorganizmin e njeriut. Përkëtë, përdorimiivitaminave me veprimantioksidues do tëketënjëveprimkundërplakjessënjeriut. Përveçkësajpërtësh mangurradikalet e lira, qënjeriutëjetojësamëgjatë, duhetreduktuarmarrja e kaloriveditore.

Njëhipotezë tjetër e shpjegon plakjen e njeriut me anën e teorisë së programimit gjenetik. Sipas saj, qelizat që shumëzohen duke u ndarë, kalojnë derin në një numër specifik ndarjesh deri sa plakendhe vdesin. Kjo përcaktohet nga një formacion, i ashtu quajtur “telomer” i vendosur në bishtin e çdokromozomit që lizave, icili vijen duke u

shkurtuargjatëndarjessëqelizave, derisaarrinshkurtësinëkritike, kuqeliza e ka tëpamundurtëndahetpërsëridhenjeriuvdes. Shumëvitëmëparë u botuanjëlajmnështyp, sipastëcilitishtezbuluarnjëenzimëqëquhejtelomerazë, e cilakishteaftësinëtëngadalësonteshkurtimin e telomerit, duke zgjaturkështujetën e qelizës.

Njëpikëpamjetjetërështëdhënënteorinëhormonale, sipassëcilës, prodhimiishumëhormonevetëttrupittonë, pakësohet me kalimin e moshës; prandaj do tëjetë e nevojshmemarrja e tyre me anëtëinjeksioneve me qëllimqëtëndalohetprocesiiplakjes.

Tëgjithakëtoteori, janëvetëmsupozimeqë nuk janëvërtetuarendenëmënyrëshkencore.

Termi “pavdekshmëri”, nënkupton jo qënjeriutëjetojëpërgjithmonëdhëtëjetëipashkatërrueshëm, ipaprekshëmprejvdekjes; pra ai tëjetojënënjëgjendjenëtëcilënnukpakësohenveçoritëjetësore, nuk ka rritjetëincidencësëmundjevedhe as rritjetëvdekshmërisë me kalimin e moshës. Ky konceptipërkëtpavdekshmërisëbiologjike, përtëcilënbëhenpërpjekjetëshumtaqëajotërealizohetnënjëtëardhmesamëtëafërt.

Nëfakt, kjo pavdekshmëri nuk ka asgjë të përbashkët me ringjalljen (resurrection) të besimit fetar të krishterë. (3) Një të vërtetë, sipas disa opinioneve, ringjallja e Krishtit nuk ka ndodhur, historia e saj është futur në shekullin 4 (koncili i Nicea), kutëgjithadokumentet fetare origjinale që nuk flisnin për ringjalljen, janë zhdukur dhe zëvendësuar me dokumentet të tjerat manipuluar. (3)

Po kështu koncepti “irimishërim” i përdorur ngadisabesime fetare, sipas të cilave, njeriu pas rimishërimit nuk ka asnjë lidhje me njeriun e mëparshëm, as moralin, as etikëndhe as personalitetin e tij, ndryshon ngaimortalitetit shkencor sipas të cilit personi i pavdekshëm të ketë të ruajtura, kujtimet, njohuritë, mendimet dhe dërgjegjen e tij. (3)

Pavdekshmëri biologjike, sipas studiuesit amerikan Michael Rose, përbënjë metodë natyrale, pa përdorim të barnave dhe as trajtimit me qelizastaminale për arritjen e imortalitetit. (7,8) Ky autormbështet pikëpamjen që kurnjë specie njerëzore e gjallë arrin fazën që nuk plaket më dhe nuk ka më rëniet më të shmetë funksioneve fiziologjike, atëherë ajo kalon në atë që quhet faza e pavdekshmërisë. (8) Këtë hipotezë, ai e mbështet në shembujt e qenieve të gjallatë natyres, si p.sh: shkuret kreozot që po jetojnë prej shumë se 10 mijë viteve, osedhetë disa kafshëvetë tjera; po kështu edhe në eksperimentet e kryera prej tij në insektet (mizat) “drosophila melanogaster”, duke kryer manipulim gjenetik me anë të riprodhimit të përsëritur të vezëve të insekteve me moshat më të mëdha, të pasuar me krijimin e gjeneratës të këtyre insekteve të quajtura “Methuselah flies” me dyfishin e jetëgjatësisë të insekteve të mëparshme (Methuselah ka qenë një patriark biblik i Judaizmit, Krishtërimi dhe Islamit që ka vdekur në moshën 969 vjet, duke qenë kështu figura e biblës me jetëgjatësinë më të madhe). (8)

Nga këto eksperimente ai ka nxjerrë konkluzionin se edhe teknjeriu kur faza e plakjes të jkalohet, vjenniveli i mbijetesës, ipasuar me fazën e pavdekshmërisë. Mundësia e vdekjes nuk ndryshon, as rritet dhe as pakësohet, njeriu nuk plaket më. (8) Kjo gjë mund të ketë ndodhur edhe për gruan franceze Jeanne Calment që ka vdekur në moshën 122 vjeçare. Sipas Rose,

ajomundtëketëarriturfazënkurëniafizikeështëstabilizuar, e ngjashmekjositemizat Methuselah, kuplakjamundtëketëmbetur e stabilizuarpërnjëkohëtëpacaktuar.(8)

Vështirësiapërtëndodhurkyfenomenteknjeriu, vjenpërshkak se arritja e fazësëplakjesmundtëkërkojënjëkohëtejmasetëgjatëdhëtëshoqërohet me vështirësitëmëdha. Prandaj, ai propozonqëfaza e plakjestëarrihetsamëshpejt, nëmoshat 50–60 vjeçare, përtëkaluarnëfazën e pavdekshmërisë, sikurse ka ndodhurnëeksperimentet me mizat Methuselah.

Zbatiminëpraktikëikësajteorie, sipas Rose, mundtëarrihet duke shmangurmënyrën e jetesësësotmetëvendevetëzhvillura, mosqëndrimi me orëtëtëra para televizorit apo kompjutertisi duke përdorursiushqim, atëqëquhetpaleodietën,tëpërbërëngaushqimeqëjanëpërdorurnganjerëzit e lashtënëperiudhën e neolitit,etj...(8)

Njëstudimngjashëmështëkryeredhenganjëekipkërkuesishtëuniversitetit tëBernësnëZvicër(4), nëpërmjetmanipulimitgjenetikëqelizavetëmitzës “drosophila melanogaster”, duke krijuarmizatëreja me njëjetëgjatësi 50-60% mëtëmadhe se ajo e mizavetëzakonshme.Sipaskëtijstudimi, kjo rrjetje e jetëgjatësisëarrihetnëpërmjetnjëgenitëqelizavetëkëtyreinsekteve, iciligjendetedheteknjeriu, prakrijohetmundësiaqëatotëpërdorendhetekqenietnjerëzorepërshtimin e jetëgjatësisësitëtyre.(4)

Njëmetodëtjetër e propozuarpërrritjen e pavdekshmërisëbiologjike, ështëajo e përdorimittës substancës “rapimicinë”, kjo bazë të rezultateve të eksperimenteve të aplikimit të saj tek minjtë, të shoqëruara me rritjet e jetëgjatësisë sitëtyre. Rapimicina, në fakt është më e formuara që përdoret për mjekimin e diabetit, por që ka edhe efekt antikanceröz.(3)

5. Metodat e tjeratë për pavdekshmërisë

Në kohën e tanishme, në shekullin 21, zbulimet e mahnitshmetë shkencavebiomjekësore, gjenetikës, nanoteknologjisë kanë aritur deri atë shtetë deklarohet se njeriu sotëm po arrijtë të zëvendësojë përëndinë, nëpërmjet arrijtjeve, të shoqëruara shpeshherë me vizione imagjinare, një pjesë e të cilave kanë të bëjnë edhe me kërkimet për arrijtjen e pavdekshmërisë. Këto zbulime, ku midis tyre, p.sh.: ngrirja e trupit të njeriut që përdoret në shumë vende me shpresë që ai të ringjallet, nuk mund të ilihen imagjinatës, sepse ato ka mundësi që të realizohen në një të ardhmetë afërt. Por kjo bënë të nevojshme për shoqërinë e sotme, në lidhje me to, nevojën e informimit të të gjithë pjesëtarëve të shoqërisë, me qëllim që të respektohet fryma e lirisë dhe e të drejtave të njeriut.(1,2)

Këto metoda që janë përdorurose propozuar për të upërdorur për arrijtjen e imortalitetit, paraqiten si vijon:(3)

-Suspensionikriolik – vendosja dhe ruajtja e një trupinjeriutësapovdekurnë gjendjetë ngrirë (-180°C), për ta ringjallur atë në njëkohëtë ardhme, në saj të përparimeve që mund të jenë bërë në fushat e shkencavebiomjekësore. Kjo metodë ndryshon ngahibernacioni artificial, në të cilin metabolizmin e trupin e njeriut është ngadalësuar, por nuk është ndërprerë.

Sot nëbotëjanëkrijuarshumëqendrakrionikekudisaqindranjerëz e kanëvendosurtrupin e tyrengjendjetëngrirë. Deri më sot, endenuk ka ndonjëtdhënëmbimundësinë e njëringjalljetëmundshmenëkëtoraste.

Nëtvërtetë, suspensionikrionikpërbënnjëteknikëshumëtëdhunshme, ku uji që ka çdoqelizë e trupittënjeriutngrindhefryhet, duke shkatërruarmuret e tyre, gjëqë e bënëpothuajsetëpamundur, mundësinë e ringjalljes.Përveçkësaj, njëndikimnegativnëringjalljen e njeriut do tëketëedheradioaktivitetiitrupit, icili do tëvijë duke u shtuar me kalimin e vitevetëqëndrimittëtrupitnëgjendjetëngrirë (tenjeriuiingjallëradioaktivitetiekzistuesitijpakësohetnësajëtëprocese vemetabolikeqëzhvillohengjat ëjetëssëtij).

-Siborget (Cyborgs) – organizmagjysmënjeri, gjysmëmakinë, kuorganetosepjesëtetyremundtëzëvendësohen me artefakteteknologjike, por duke ruajturpersonalitetin e njeriut.Nga pikëpamjateorikedhepraktike, këtojanëtërealizueshme.

-Vampirëndeshennëatorastekurnjëqenienjerëzorefutetnëtrupindhemendjen e njënjeriutjetër. Ajo do tëkonsiderohet e pavdekshme, nëkuptiminqë duke kaluarnëtrupin e njënjeriu me moshëtë re, do tërinohetautomatiksht.

-Klonimimendor, do tëthotëqënënjëtrupnjeriutëkrijuar nëpërmjetklonimit, tëtransferohetmendja e njënjeriutjetër.Vështirësiapër aplikimin e kësajmetode, ndeshetnëprocesin e transferimittëtrurit, por që sot nësajetëpërparimevenëfushat e nanoteknologjisë, mundtëkrijohennano-dispozitivaqëtëinjektohendirektnëtru, përt'iidentifikurdhebashkuar me disaneurone, qëmë pas t'izëvendësojnëato.

-Trans-humanizminënkuptonndarjen e mendjesngatrupibiologjik, nëpërmjetnjëteknologjietëcaktuardhemë pas kjomendjetëngarkohetnënjësistemelektronik, apo kompjuter, apo nënjëtruptërobotizuar.Pranjeriutëjetojënënjëmjedis virtual, tësimuluar, apo tëimagjinohetqënjëshoqëri e tërëtëjetojëbrendanjëkompjuterishumëtëfuqishëm, tëpavdekshëm, pa asnjëndikimngapërbërjaindore e trupittënjeriut.

6. Përfundime

-Plakja e njeriutpërbënnjëprocestërëndësishëmtëjetëssënjeriut me aspektetëshumta, njohja e tëcilavendihmonnëmarrjen e masavetëparandalimittësëmundjvetëpersonavetëmoshuardhetëvlerësimittëaftësi vetëtyrenëjetëns hoqërore.

-Nëvendintonë po vihet re gjithnjë e mëshumë, njëplakje e popullsisësipasojë e efektittëkombinuartërritjessëjetëgjatësisë, uljessëlindshmërisëdheemigrimitnërritjekryesishttëmoshavetëreja.

-Çështjet e plakjessënjeriut po shoqërohengjithnjë e mëtepër me studimepërtëzbuluarmetodatqëbëjnëtëmundurarritjen e pavdekshmërisë, kunë to përveçatyretëpavdekshmërisëbiologjike, përfshihenedhedisaqë u takojnëmëshumëfanta-shkencave,si p.sh.:metodat e suspensionikrionik, siborgeve, vampirëve, klonimimendordhetranshumanizmit.

LITERATURA

- 1.Çipi B, Bioetikanënjëkëndvështrimmjekoligjor, Tiranë 2005,130
- 2.Çipi B, Bioethics in Albania nowadays, Tirana 2016, 47-55
- 3.L'immortalité est-elle possible, philosophie, 28.12.2018, 18-35
- 4.Merino MM, Rhinner C (...) Moreno E, Elimination of unfit cells maintains tissue health and prolonged lifespan, Cell. Bern, 2015
- 5.Nuri E, PseShqipëria po plaket, Gazeta Telegraf, 5.09.2018
- 6.Rauser L. C, Mueller L. D, Does aging stop, Oxford Un.Press, 2011
- 7.Rose M, Evolutionary Biology of aging, 1994
- 8.Rose M, How to achieve biological immortality naturally, 2010
- 9.Sheri F, Haxhinikolla J, Koçi R, Masha e tretënëShqipëri, Tiranë 2001, 12,53,147-148

EDUKIMI I VAZHUESHËM MJEKËSOR

AFATET KOHORE TË CERTIFIKIMIT TË EDUKIMIT NË VAZHDIM PËRPUTHEN ME AFATET E (RI)LICENCIMIT TË MJEKUT

Më dt. 30 Maj 2019, në ndryshimet e Ligjit për “Kujdesin Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, programi i edukimit në vazhdim për profesionistët e shëndetësisë përputhet me afatet kohore të licencimit. Që do të thotë se afatet kohore të Certifikimit të Edukimit në Vazhdim do përputhen me afatet e Ri-Licencimit të mjekut.

Për pasojë, profesionisti i shëndetësisë, që nuk përmbush kriteret e programit të certifikimit, i pezullohet/ndërpritet kontrata me institucionin shëndetësor dhe nuk i rinovohet leja e ushtrimit të profesionit nga urdhri profesional përkatës. Rifitimi i lejes së ushtrimit të profesionit bëhet vetëm pasi profesionisti i nënshtrohet provimit të certifikimit.

Ndryshimet e Ligjit janë pasqyruar në Fletoren Zyrtare, nr. 79; fq 5956, të vitit 2019, si vijon:

“Neni 33

Edukimi i vazhdueshëm profesional

1. Ministria përgjegjëse për shëndetësinë krijon program të detyrueshëm për edukimin e vazhdueshëm profesional, i quajtur “Programi i Certifikimit për Profesionistët e Shëndetësisë”. Profesionistët duhet të mbledhin një numër të caktuar kreditesh të edukimit të vazhdueshëm profesional, sipas procedurave dhe kriterëve të miratuara nga Këshilli i Ministrave. Certifikimi është procesi që profesionisti i shëndetësisë përfundon me përmbushjen e kriterëve të programit të certifikimit, i cili përputhet me afatet kohore të licencimit.

2. Profesionistët e kujdesit shëndetësor janë të detyruar që t'i nënshtrohen edukimit të vazhdueshëm, për të përditësuar njohuritë dhe aftësitë e tyre, në mënyrë që të përmirësojnë cilësinë e kujdesit shëndetësor.

3. Profesionistit të shëndetësisë, që nuk përmbush kriteret e programit të certifikimit, i pezullohet/ndërpritet kontrata me institucionin shëndetësor dhe nuk i rinovohet leja e ushtrimit të profesionit nga urdhri profesional përkatës. Rifitimi i lejes së ushtrimit të profesionit bëhet vetëm pasi profesionisti i nënshtrohet provimit të certifikimit.

4. Provimi i certifikimit zhvillohet nga komisionet e provimit të certifikimit, të ngritura pranë strukturave të përcaktuara nga ministri përgjegjës për shëndetësinë për organizimin e provimit të certifikimit. Tarifat e provimit të certifikimit janë të njëjta me ato të provimit të shtetit dhe të ardhurat nga provimet e certifikimit i kalojnë strukturës përkatëse që zhvillon provimin e certifikimit.

5. Institucionet e kujdesit shëndetësor duhet të lehtësojnë edukimin e vazhdueshëm të profesionistëve të tyre. Ato janë të detyruara të hartojnë dhe të zbatojnë programe të akredituara të edukimit të vazhdueshëm për profesionistët e tyre.

6. Në rast se profesionistët e punësuar në institucionet publike të kujdesit shëndetësor nuk përmbushin kërkesat e programit të certifikimit, për drejtuesit e tyre merren masa disiplinore deri në lirim nga detyra”.

Neni 19

Në nenin 33/1, pika 2 ndryshohet si më poshtë:

“2. Ofrues të aktiviteteve të edukimit të vazhdueshëm janë të gjitha strukturat, publike ose jopublike, akademike ose joakademike, fitimprurëse ose jofitimprurëse, të vendit ose të huaja, të cilat janë të regjistruara për ushtrim aktiviteti në Republikën e Shqipërisë, sipas kriterëve të miratuara me vendim të Këshillit të Ministrave”.

VEPRIMTARI MBARËKOMBËTARE

DR. SAMI QAZIMI SHPALLET “QYTETAR NDERI I BERATIT” PAS VDEKJES

Më 8 Korrik 2019, ditën e 10-vjetorit të ndarjes nga jeta, mjeku Obstetër-Gjinekolog Sami Qazimi u shpall “Qytetar Nderi” në sallën e Bashkisë së Beratit.

Në aktivitet morën pjesë dhjetëra mjekë të Qarkut të Beratit dhe të ardhur nga Kryeqyteti. Edhe Këshilli Rajonal i Urdhrit të Mjekëve të Rajonit të Beratit, me rastin e 25-vjetorit të themelimit të Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë, më 6 Qershor 2019 e vlerësoi dr. Sami Qazimin me Certifikatën e Mirënjohjes për kontributin e jashtëzakonshëm të tij në ngritjen dhe veprimtarinë e shërbimit të Obstetrik-Gjinekologjisë në qarkun e Beratit – Skraparit – Kuçovës deri në kufijtë e fshatrave të Lushnjes, Elbasanit, Fierit.

Në këtë ceremoni foli kryetari i Bashkisë së Beratit, z. Petrit Sina, kolegë të dr. Qazimit dhe shokë të vjetër të tij të fëminisë dhe shkollës, ndër ta edhe dr. Pandeli Çina. Në emër të Urdhrit të Mjekëve përshëndeti dr. Miltiadh Veveçka, i cili u shpreh si më poshtë:

Në Berat kanë punuar si obstetër –gjinekologë dr. Dhimitër Kajana, specializuar në Paris, që nga viti 1900, derisa u ekzekutua me vdekje nga turkomanët në vitin 1915 për veprimtarinë e tij patriotike, i shpallur “Dëshmor i Atdheut”; si edhe dr. Nikolla Haxhistasa, i specializuar në Napoli në vitin 1927 derisa vdiq në krye të detyrës në vitin 1955, i njohur si misionar filantropik për mjekimin e të sëmurëve, emrin e të cilit e mban sot Spitali i Kuçovës. Por, të dy këta paraardhës kanë punuar në kushte ambulatore me metoda manuale dhe në raste të veçanta, në përdorimin e forcepsit, jo vetëm sepse psikologjia maskuline e shoqërisë ishte ende e prapambetur, orientale, por sidomos sepse mungonte salla e operacionit. Mjekët, italiani dr. De Marksi që në vitet 1940 dhe më vonë rob lufte deri në vitin 1952 dhe dr. Maksut Drasa në vitet 1953-1958 kanë trajtuar gra shtatzane deri edhe seksio cezariene, por në mënyrë të kufizuar, sepse ishin kirurgë dhe kishin ngarkesë të madhe në këtë fushë të Mjekësisë. Dr. Sami Qazimi, pas marrjes së diplomës “Mjek i përgjithshëm” u specializua në Tiranë posaçërisht për specialitetin e obstetrikë-gjinekologjisë dhe erdhi në Berat në vitin 1958. Me njohuritë e reja dhe vrullin rinor ai riorganizoi rrënjësisht shërbimin e Obstetrik-Gjinekologjisë, e ndau atë nga ai i Kirurgjisë, vuri rregulla të forta për ruajtjen asepsisë dhe antisepsisë në sallën e operacionit dhe krejt godinës së Maternitetit, në atë kohë në Lagjen Barrikada të Beratit. I papërtuar dhe i palodhur, ditën edhe natën, ai i shërbeu grave shtatzane dhe të sëmura, duke kaluar në duart e tij në lindje natyrale dhe në sallën e operimit me seksio cezariene mijëra e mijëra foshnje për gjithë qarkun e Beratit dhe fshatrat në kufij të rretheve përreth. Dr. Samiu u dallua për risinë e futjes, ndër të parët në Shqipëri, të serklazhit-qepjes së qafës së mitrës tek gratë me rrezik dështimi, procedurë kjo shumëvjeçare që i shërbeu edhe për mbrojtjen e disertacionit “Kandidat Shkencash” në vitin 1988, sot Doktor Shkencash. Ai i përditësonte dijet në specialitetin e tij duke u abonuar dhe studiuar literaturën mjekësore bashkëkohore evropiane dhe në atë amerikane që ia dërgonte i vëllai nga SHBA. Për këto dijeni dhe përvojën e tij të pasur, vinin tek ai në Berat për t’u mjekuar edhe pacientë nga kryeqyteti dhe çdo cep i Shqipërisë. Në vitet 1982 - 1987 dr. Samiu drejtoi kualifikimin e mjekëve obstetër-gjinekologë ambulatorë, sipas miratimit nga Ministria e Shëndetësisë, si edhe shkollën e mamive për nevojat e shërbimit ambulator në Berat-Kuçovë-Skrapar. Duke shfrytëzuar autoritetin e tij si mjek në rrethet e larta të administratës shtetërore, për të fuqizuar dhe përsosur më tej shërbimin në qarkun tonë, ai arriti të dërgonte për specializim obstetrikë-gjinekologji në Tiranë, mjekët Jorgo Danushi, Dhimitër Bojaxhi, Minushe Kafexhiu, Tefik Ajazi, Kozma Brisku, Demokrat Qose, që përfaqësojnë brezin e parë pasardhës të tij dhe që sot pasohet nga brezi i ri i obstetër-gjinekologëve Leka Papa, Genti Kusta, Edlira Shkëmbi dhe Arqile Vasili, të cilët punojnë me përkushtim, profesionalizëm dhe gadishmëri të lartë në gjurmët e të parëve dhe të dr. Sami Qazimit. Me një pasion e ndërgjegje të lartë ai u mor me projektimin e Maternitetit modern të Beratit dhe duke u ndenjtur afër inxhinjerëve të kohës, ndoqi hap pas hapi ndërtimin e këtij institucioni i cili u hap në vitin 1982 dhe funksionoi deri në vitin 2006. Nëse ky maternitet nuk do të ishte rrafshuar në këtë tranzicion çoroditës të viteve që po jetojmë sot, ai duhet të mbante emrin e Dr. Sami Qazimit.

Deri në vitin 1992, vit kur doli në pension, dr. Samiu e kaloi shumicën e ditëve dhe të netëve të jetës së tij në hapësirat e Maternitetit të Beratit. Por këtu nuk duhet të lëmë pa përmëndur se ky përkushtim madh i tij ndaj punës, kompensohej dhe mbështetej nga Mirka, bashkëshortja e tij e kujdesshme për mbarëvajtjen e familjes, dhe mikëpritëse për miqtë dhe kolegët e tij. Për të gjitha

këto merita Dr. Sami Qazimi meriton të quhet themeluesi i Shërbimit modern të Obstetrikë-Gjinekologjisë në qarkun e Beratit dhe e meriton të jetë “Qytetar Nderi” i këtij qyteti.

Dr. Miltiadh Veveçka

Këshilli Rajonal Berat, UMSH

PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

ASPEKTE KLINIKO – BAKTEROLOGJIKE TË HEMOKULTURËS

Prof. Dr. Robert ANDONI, Albana MEÇULI, Bledi CANI
Qendra Diagnostike Ortodokse ‘Ungjillizimi’

Infeksionet e gjakut, të enëve të tij e të zemrës janë sëmundje serioze që kërcënojnë jetën e të sëmurit. Shpeshësia e tyre vjen në rritje dhe ato karakterizohen nga bakteremia. Bakteremia është prania e baktereve në gjak dhe ndryshimet që ndodhin në organizëm si rezultat i pranisë së tyre, ndryshime që variojnë nga të zakonshmet tek ato shumë seriozet; ndërkaq termi “septicemi” përdoret për të karakterizuar bakteremitë me simptoma klinike shumë të rënda, ndërsa sepsis është një term i përdorur nga disa për çdo infeksion që përfshin ose jo gjakun, ndërsa nga disa të tjerë për çdo infeksion me origjinë hematogjene.

Para se gjithash duhet të kemi parasysh se pothuajse çdo lloj bakteri mund të invadojë gjakun dhe të japi bakteremi, por sidoqoftë disa sëmundje si difteria, tetanozi, dizenteria, etj., nuk karakterizohen nga bakteremia, kështu që shkaktarët e tyre nuk kërkohen në gjak. Bakteret më të shpeshtë që shkaktojnë bakteremi janë ato gram negative (kryesisht enterobakteret), si dhe kokët piogjene si stafilokokët dhe streptokokët apo dhe bakteret anaerobe si p.sh.: bakteroidet. Bakteret mund të qarkullojnë në organizëm nëpërmjet gjakut, të vendosen në inde të ndryshme dhe të shkaktojnë infeksione sekondare si p.sh.: endokardit, osteomielit, absese në melçi, tru, etj...

Që të realizohet kjo duhet:

- a) Bakteret të hyjnë me numër kaq të madh sa që ato të kapërcejnë kapacitetet normale mbrojtëse të organizmit.
- b) Të kemi një dëmtim preekzistues të mekanizmave mbrojtëse.
- c) Të kemi një përshtatje të baktereve invadues për të mbijetuar në gjak.

Elementet diagnostik moderne, kanë dhe ata inkonveniencën e lehtësimit të hyrjes së baktereve në qarkullim dhe të interferimit pastaj me mekanizmat mbrojtës të organizmit. Bëhet fjalë për:

- Kateterizimet invazive arteriale si dhe instrumentimet e tjera mjekësore.
- Terapinë immunosupresive me një numër të madh immunosupresorësh të fuqishëm p.sh.: transplante e organeve.

- Terapinë me antibiotikë (doza të larta dhe kurse të gjata mjekimi) me spektër të gjerë që bëjnë seleksionimin e baktereve rezistente.

<u>Bakteret shkaktare të bakteremive</u>	<u>Faktorët favorizues</u>	<u>Vend origjina e baktereve</u>
Staphylococcus epidermidis, propionibakteret	Trauma,mjekime intravenoze	Lëkura (florë normale)
Streptococcus viridans, Gramnegativët,Enterokokët,Anaerobët	Caries dentaris periodontitis, procedura dentare, Neutropenia,Hipertensioni portal	Goja (florë normale) Koloni (florë normale)
Gramnegativët Enterokokët. Streptokokët e gr. B	Kateterizimi Lindja	Trakti geniturinar (florë normale)
Meningokokët. Hemofilet	Infeksionet virale	Flora bakterore e rrugëve të frymëmarrjes (florë kalimtare)
Stafilokoku i artë. Streptokoku hemolitik i gr.A	Trauma	Lëkura (florë kalimtare)
Salmonelat	Aklorhidria	Koloni
Pseudomonas aeruginosa Staphylococcus aureus	Injektimet intravenoze	Enët e gjakut bakteremi primare
Salmonelat. Brucelat	Marrja e sasive të mëdha të salmonelave	Zorrët
Streptokoku i gr.A. Hemophylus influenzae.Neisseria meningidis	Infeksionet virale	Gryka
Staph.aureus. Streptokoke gr.A	Diabeti. Neutropenia	Celuliti,piodermi
Stafilokoku i artë. Bakt. Gramnegative	Rruga intravenoze	Flebitet
Streptococcus pneumoniae Klebsiela pneumoniae	Hipogamaglobulinemi	Pneumonia
Escherichia coli Enterococcus faecalis	Instrumentimi. Gurët urinarë	Infeksion i traktit urinar
Streptokoket e gr.B Neisseria gonorrhoeae	Kontakti seksual, lindja	Infeksion i traktit gjenital
Bakteroides fragilis Enterococcus faecalis	Trauma,perforimi i zorres	Trakti gastro-intestinal
Streptokoke viridante	Sëmundje të mëparshme të zembrës	Endokarditet

Hemokultura:

Është kultivimi dhe identifikimi i baktereve eventualisht të pranishëm në gjakun qarkullues në sëmundjet që shoqërohen me bakteremi.

Shpesh pozitiviteti i rezultateve të hemokulturës është i vetmi fakt që na lejon të vëmë me saktësi diagnozën e mjaft infeksioneve bakteremike,fakt që ka rëndësi diagnostike absolute (në qoftë se

përrjashtohen gabimet e mundshme teknike),ai ka gjithashtu rëndësi prognostike sepse fillimi i mjekimit i bazuar në rezultatet e hemokulturës mund të shpëtojë jetën të sëmurit.

Indikacionet e hemokulturës:

1. Të gjithë moshat mund të pësojnë infeksione bakteremike,veçanërisht pleqtë dhe imaturët.
2. Të sëmurët me kapacitet imunitar të ulët.
3. Të sëmurët tek të cilët janë bërë manovrime teknike,instrumentale.
4. Të sëmurët me leukocitozë mbi 10,000 sidomos në rastet me neutrofilë por dhe më pak se 3,000 leukocite. Leukopenia bëhet faktor favorizues.
5. Të sëmurët me temperaturë mbi 38°C por dhe nën 36°C tek të cilët nuk është i qartë ndryshimi termik.
6. Të sëmurët me dekompenzim metabolik (diabet, etj..) që pësojnë infeksion shpesh bakteremik.
7. Të sëmurët që i nënshtrohen mjekimit me imunosupresor dhe që kanë ngritje të temperaturës.
8. Të sëmurët që kanë patur bakteremi dhe janë mjekuar (për të kontrolluar efikasitetin e mjekimit)
9. Të sëmurët në fazën pas operatore (në disa raste).
10. Të sëmurët në gjendje terminale (në disa raste).

Shenjat klinike = ethe,frisone,takikardi,toksicitet,prostracion.

Përcaktimi i momentit të marrjes së gjakut për hemokulturë ka të bëjë me llojin e bakteremisë:

a)**Bakteremi e vazhdueshme** (continua) Derdhje e vazhdueshme e baktereve në gjak nga vatra që janë në kontakt të drejtpërdrejtë me sistemin e qarkullimit (endokardite,arterite,flebite,fistula arterovenoze,katetere e kanyla ushqyese e monitoruse, sëmundje infektive si: tifo abdominale,paratifo, brucelozë,leptospirozë,tularemi.Në të gjitha këto raste zgjedhja e momentit nuk është kaq problem.

b)**Bakteremitë intermitente** Vijnë nga derdhja herë pas here e baktereve papritur në gjak. (osteomielit,pneumoni,meningit,artrit,gonorre,epiglotit,abseset e ndryshme,celulit, peritonit). Këto vijnë nga:

- 25% infeksione të aparatit urogenital.
- 20% aparati respirator
- 10% absese të ndryshme.
- 5% plagët kirurgjike.
- 40% nga infeksione që nuk i dihet vendi.

Bakteremi tranzitore

Bakteremi nga inde të infektuara gjatë operacionit ose pas tij: Të sëmurë në faza terminale intervenime minore (ekstraktime dentare,dilatacione uretrale, kyretazhe uterine,fërkimi i gingivave me furçë, etj..).

Numri i hemokulturave dhe zgjedhja e momentit të marrjes së gjakut

Më shumë se tre hemokultura nuk japin rritje të pozitivitetit.

Në bakteremitë intermitente dhe tranzitore bakteremia paraprihet një orë përpara me të dridhura, pastaj pasohet nga ngritja e temperaturës. Pra momenti ideal do të ishte 30-60 minuta përpara ngritjes kulmore (shpesh nuk parashikohet prandaj duhet të bëhet një parashikim sa më i përafërt).

1. Në meningit, pneumoni ku terapia me antibiotikë është e domosdoshme ose në osteomielit merren dy hemokultura njëra pas tjetrës.
2. Në ethet me origjinë të panjohur merren 2 hemokultura me interval 45-60 minuta.
3. Në të sëmurët me endokardit infektiv akut merren tre hemokultura gjatë 2 orëve.
4. Në rastet suspekta me endokardit infektiv subakut merren tre hemokultura me interval 30 minuta.

Sasia e gjakut që merret

Të rriturit 10-30ml gjak. Pozitiviteti bie kur merren më pak se 10ml gjak.

Tek fëmijët merret 1-5ml gjak. Gjaku hidhet në flakone me hollim 1:5 dhe 1:10 me terrenin e lëngët.

Problemi i pranisë së antibiotikëve në gjak

Hemokultura bëhet mundësisht përpara fillimit të antibiotiko-terapisë, gjatë antibiotiko-terapisë një hemokulturë negative nuk duhet të shërbejë si dokument për të vërtetuar mungesën e bakteremisë. Sidoqoftë prania e antibiotikëve nuk duhet të përbëjë pengesë për marrjen e gjakut por duhet të njihet si fakt kur do të interpretohen rezultatet e hemokulturës.

Për të mënjeluar disi praninë e antibiotikut shërben hollimi 1:5 dhe 1:10 por dhe lëndët.

1. Likuid (Polianetol sulfanat natriumi)
2. Kur i sëmuri ka marrë penicillin-cefalosporinë terrenit i shtohet penicilinaze.

Problemi i koagulimit të gjakut

Likuidi 0.025%-0.05% mbetet antikoagulant i dëshirueshëm.

Pengon formimin e koagulave shumë të vogla që qarkojnë bakteret.

Precipiton fibrinogjenin, betalipoproteinat, beta globulinat dhe komplementin serik.

Marrja e gjakut për hemokulturë

Veprimet që bëhen.

Shpëlarje me eter ose alkool 70% në vendin e venë-puksionit.

Në vendin e punktimit aplikojmë Jod 1-2% (ose povidon jod) dhe lihet të thahet me 1-2 minuta.

Fshijmë Jodin me alkool 70%.

Personeli mban doreza sterile.

Kur përdoret povidon jodi nuk bëhet fshirje me alkool, por sigurohemi që vendi të jetë tharë përpara se të bëhet venë-punksioni.

Punktohet vena dhe gjaku merret me shiringë ose me sistem të mbyllur.

Veprimet që nuk lejohen të bëhen

Marrja e gjakut me gjilpërë dhe futja e tij në flakon pika-pika.

Marrja e gjakut me sasi të bollshme edhe për ekzaminime klinike, kimike, hematologjike, etj...

Marrja e gjakut nga arteret si dhe prevelimet nga zemra gjatë kataterizimeve të saj.

Procedurat e mëtejshme të hemokulturës

12 orë inkubim – Pastaj shihet terreni.

Enterobakteret dhe disa streptokokë japin turbullirë uniforme.

Streptokokët viridante si toptha pambuku.

Stafilokoket- masa të vogla të verdha.

Klostridiumet formojnë hemolizë.

Pseudomonat – cipë të hollë.

Hemokulturat vëzhgohen çdo ditë deri 7-8 ditë.

Përgatiten preparate me gram.

Bëhet subkultura.

Komunikohet me mjekun e klinikës i referohen rezultatet paraprake.

Kërkohen rezultatet e ekzaminimeve të tjera.

Kur subkultura del pozitive –bëhet antibiograma.

Vazhdohet me identifikimin e bakterit si më poshtë:

1.Koloni konvekse me anë të plota, 2-3mm me ngjyrë krem,të bardhë me zonë beta hemolitike	Stafilokokë	Katalazë.Koagulazë. Dnaze.Manit.
2.Koloni konvekse ose pulvinate,si kokë gjilpërë me konsistencë gjalpi,me zonë hemolitike të gjerë hemolitike	Streptokok	Katalazë,Bacitracinë.Tolerancë ndaj NaCl 6.5%,Bilë eskuline.CAMP test.Hipurat
3.Koloni si kokë gjilpërë me konsistencë gjalpi,me zonë hemolitike të gjelbërt (alfa)	Streptokoku viridans	Provat e diferencimit nga pneumokoku
4.Koloni të rrafshta ose me umbilicus,të shkëlqyeshme,si gjalpë me zonë të gjerë alfa hemolitike.	Pneumokokë	Optochin,tretje biliare
5.Koloni gjysëm opake,pulvinalë,gri të njoma,me ose pa hemolizë.	Escherichia coli ose enterobaktere të tjerë	Prova multiple, Indol,Citrat, Ureazë, Dekarboxilazë
6.Koloni të rrafshta opake,gri në të gjelbërt,anët e ngritura ose të shtrira,aromë e blirit.	Pseudomonas	Oksidazë Fluoreshencë, Prova e rritjes në 42 gradë
7.Koloni të rrafshta,gri të përhapura ose me rritje shtrirëseme erë të rëndë	Proteus	Ureazë Fenilalanine,Lizinë

Interpretimi i rezultateve:

Salmonela – brucela –kanë rëndësi diagnostike absolute.

Njohja e fakteve klinike:

- Pneumoni-pneumokok, meningit-meningokok, pneumokokë, etj...
- Intervente kirurgjikale në zorrë –bakteroide.
- Mekanizma imunitare të dobësuar.
- Acinetobakter, serratia, staphylococcus epidermidis, enterobakter.

Një hemokulturë konsiderohet pozitive kur:

1. Kuadri klinik përkon me atë që jep bakteri i veçuar.
2. Kur i njëjti bakter është gjetur në 2–3 hemokultura.

3. Kur në serumin e të sëmurit vihen re antitropa përkatëse.

Mund të ndodhë që hemokulturat të rezultojnë të kontaminuara me stafkoagulazë negative, korinobakter, sporogen të ndryshëm.

Në këto raste mbahen dy qëndrime:

- a) Kultura eliminohet si e kontaminuar
- b) Kultura konsiderohet negative

Në hemokulturat negative nuk duhet të harrojmë:

Ethet, malarjen, parazitoza të tjera, sëmundje imunologjike apo alergjike.

PËRDORIMI I TELEMEDICINËS/VIDEOKONSULTIMIT™© NË PRAKTIKËN E PËRDITSHME TË SHËRBIMIT SHËNDETËSOR PARËSOR

Dr. Elton MINO

Qëllimi

1. Reduktimi i kohës së diagnostikimit, trajtimit, transportit dhe kostos totale që i faturohet pacientit për sëmundjet që u përkasin specialiteteve (normalisht referohen dhe diagnoza përfundimtare vihet nga specialisti), të cilat janë lehtësisht të diagnostikueshme dhe të qarta me pjesëmarrjen në Videokonferencë/VideoKonsultë™© të specialistit përkatës dhe nuk kërkojnë ekzaminime laboratorike, imazherike e instrumentale të qendrave të specializuara, por që për mjekun e përgjithshëm mund të përbëjë vështirësi (pra normalisht referohet). Në këto raste me ekzaminimet bazë që ofron Qendra Shëndetësore Parësore ose Laboratorët Privat në afërsi të tyre, pacienti mund të marrë diagnozën përfundimtare dhe trajtimin brenda territorit të banimit të tij pa qenë nevoja të shkojë në Qendra të Specializuara që mund të jenë mjaft larg. Mund të themi se kemi 1/3 e rasteve të referimeve që i përkasin kësaj kategorie.

2. Shkurtimi i kohës së informimit të mjekut specialist për rastet e reja apo ri-akutizimeve të sëmundjeve që i përkasin fushës së tij. Në këtë kategori mund të hyjnë rreth 1/3 e rasteve të referimeve për të cilat mjeku i përgjithshëm njofton në rastin më të parë të paraqitjes së një pacienti në klinikën e tij (Qendër Shëndetësore Parësore) mjekun përkates specialist dhe që diagnoza është e vështirë si për mjekun e përgjithshëm ashtu dhe për specialistin pasi duhen ekzaminime shtesë që vetem qendra e specializuar i ofron. Në këto raste mjeku specialist është i informuar më së pari dhe ka në dispozicion kohën e duhur për pritjen e pacientit të ri dhe njoftimin e personelit tjetër apo vendosjen në gatishmëri të gjithë strukturave (sipas protokolleve) diagnostike-terapeutike.

3. Në rastet Urgjente kur pacienti kërkon ndihmë në një qendër të largët rurale dhe Shërbimi i Urgjencëskërkon kohë të konsiderueshme për të arritur, konsultimi nëpërmjet Videokonferencës me mjekun specialist të fushës apo të një ekipi mjekësh ku mund të përfshihen dhe mjekë të specialiteteve të tjera që mund të ndihmojnë në rastet përkatesë, përbën nivelin më të lartë të

dhënies së ndihmës mjekësore duke garantuar saktësinë, efektshmërinë, sigurinë dhe përgjegjshmërinë e nivelit maksimal ndaj pacientit. Mund të përbëjnë rreth 1/3 e rasteve të referimeve.

Aplikimi i metodës

Ndërtohet një program i posaçëm i Videkonsultimit™© që përmban:

a) Në një pjesë kornizën për shfaqjen e pamjeve live. Nga mjeku i familjespërdoret një "Headset" i pajisur me kamera, kufje-mikrofon. Lidhja me kompjuterin bëhet nëpërmjet wireless ose me kablo fizarmonik i varur në tavan duke lënë dyshtemenë të lirë.

b) Një kornizë për të dhënat e pacientit, e cila mund të ndahet në nënkorniza;

1. Kutia: emër mbiemër, mosha, vendbanimi.
2. Kutia: për Anamnezën.
3. Kutia: Parametrat jetësore bazë të pacientit të matura në vizitë nga mjeku ipërgjithshëm.
4. Kutia: Të dhënat objektive klinike nga ekzaminimi, shenjat e sëmundjes.

c) Një kornizë për dialogim live me shkrim, paralelisht audios së videos.

d) Një kornizë për diagnozën fillestare (poshtë kutia me trajtimin fillestar dhe parandalues) dhe ngjitur një kornizë për diagnozën përfundimtare.(e vendosur nga specialisti) (dhe poshtë trajtimi përfundimtar).

e) Një kornizë për trajtimin fillestar ose parandalues dhe një për trajtimin përfundimtar apo mbajtës(e vendosur nga specialisti).

Mjeku i përgjithshëm pasi ka bërë vizitën bazë ku ka marrë të dhënat e pacientit:

- Anamnezën e sëmundjes, jetësore, familjare.
- Parametrat vitale.
- Shenjat objektive gjatë ekzaminimit bazë (inspeksion, palpacion, perkusion, auskultacion).
- Manovra dhe teste të tjera specifike.

Plotëson kornizat përkatëse në Programin e Videkonsultimit™©.

Dhe klikon transmetimin e të dhënave dhe lidhjen live me specialistin ku ai mendon se duhet të referohet. Nëse rasti nuk i përket këtij specialiteti atëherë mjeku i përgjithshëm merr një përgjigje më të saktë nga specialisti i parë dhe thërret në Videokonsultë™ specialistin e fushës tjetër e kështu me rradhë.

Në mënyrë të zakonshme (default) lidhja e parë e VideoKonsultimit™© bëhet me mjekët specialistë të referimit (zonës së varësisë).

Në rast se mjeku/mjekët specialistë të zonës janë të zënë këta të fundit klikojnë për të kaluar lidhjen në mjekët e tjerë më të afërt ose çdo qendër tjetër me mjek të specializuar në të gjithë territorin e Shqipërisë. Kjo lejon shpërndarjen e ngarkesës në të gjithë mjekët që punojnë brenda vendit dhe që për një qendër ku volumi i punës është mjaft i madh dhe angazhimi me një rast të ri do të ishte e pamundur për momentin dhe lodhje më shumë, për një qendër tjetër të pa zënë me vizitakjo do të ishte një "kënaqësi".

Problemet që mund të hasen gjatë zbatimit në praktikë dhe zgjidhje të mundshme

1. Specialisti mund të jetë i zënë për disa minuta (deri 10-15-30 min). Në këtë rast regjistrohet video me pamjet me të dhënat që mjeku i përgjithshëm mendon se janë shenjat specifike (patognomike) të sëmundjes, apo video e gjithë trupit (inspeksion total në çdo anë). Video është HD ku detajimi i shenjave, lezioneve të shfaqura në lëkurë, mukoza dhe në pamje me sy përgjithësisht të jenë mjaft të qarta për të marrë një vendim në distancë dhe vendosur një diagnozë nëpërmjet pamjeve filmike. Mjeku i përgjithshëm dhe infermieri kontrollojnë cilësinë e videos dhe në rast se është e nevojshme duhet ta ribëjnë ate derisa cilësia e imazheve të jetë e pranueshme.

Pas mbarimit të vizitës dhe marrjes së materialit filmik, pacientit i thuhet të presë jashtë deri në marrjen e përgjigjes dhe vazhdohet me vizitën tjetër.

Mjeku i përgjithshëm për të lehtësuar punën nxjerr fotografi nga materiali filmik, të cilat paraqesin shenjat patognomike të dyshuara dhe i vendos ato në faqen/kartelën elektroniketë pacientit.

Më pas klikohet për dërgimin e rastit në mjekun specialist të zonës, i cili duhet të shqyrtojë rastin në një hark kohor sa më të shpejtë (deri 30 minuta) për të evituar dhe pritjen e pacientit. Në rast tjetër shqyrtimi i kalohet mjekëve të zonave të tjera.

Pacientët duhet të triazhohen nga mjeku i përgjithshëm në dy kategori ose të zbatojë triazhimin standard.

Ndarja në 2 kategori përmban raste që presin mbi 15-30min dhe raste urgjente ku konsulta e specialistit duhet të jepet brenda 1-2 minutave. Për këtë duhet të ketë opsion klikimi në programin e VideoKonsultës.

2. VideoKonsulta™© mund të përdoret dhe në qendrat shëndetësoreku nuk ka mjek, por vetëm infermier. Në këtë rast infermieri merr të dhënat bazë dhe filmimin e shenjave të sëmundjes dhe pacientit (inspeksioni në tërësi). Vizita më pas mund të vazhdohet live nëpërmjet VideoKonsultës ku një mjek i përgjithshëm i zonës ose një tjetër që mund të jetë i lirë, pyet pacientin live për ankesat dhe instruktin infermierin për kryerjen e ekzaminimeve specifike.

Pasi mbushet kartela elektronike, infermierizbaton instruksionet e lëna ngamjeku i përgjithshëm që kreu VideoKonsultëndhe në rast se ai ka përcaktuar se duhet të referohet tek një specialist klikon opsionet e duhura në rast se pacienti nuk ka nevojë për mjekun specialist, infermieri zbaton udhëzimet dhe trajtimin e vendosur nga mjeku i përgjithshëm duke printuar recetën elektronike të trajtimit(dhe raportin e pushimit nga puna/shkolla sipas rastit).

3. Zbatimi VideoKonsultës™© gjatë dhënies së ndihmës së shpejtë nga mjekët e Urgjencës. Mund të ketë raste të rënda apo specifike ku mjekut të urgjencës i nevojitet konsulta me një specialist duke filluar që në momentin e takimit me pacientin në vendin ku thirret apo dhe gjatë kohës së transportimit. Në këto raste mund të përdoren lidhje direkte për të menaxhuar sa më mirë situatën.

Plotësime me bazë materiale

Meqenese për të vënë diagnozën përfundimtare nevojitet gjetja e shenjave klinike-laboratorike-instrumentaleobjektive dhe patognomike për sëmundjen është e nevojshme që në Sherbimin Shëndetësor Parësor dhe në dispozicion të mjekut të përgjithshëm të jenë disa instrumente ekzaminues praktik dhe jo të shtrenjtë për ekzaminime të ndryshme në mënyrë që të mbulohet një numër sa më i madh specialitetesh për diagnostikimin e shpejtë të sëmundjeveqë kanë shenja patognomike, dhe diagnoza të vihet menjëherë dhe me siguri, por dhe për të diagnostikuar sëmundje në rastin esituateve Urgjenteku dhe trajtimi i duhur në kohë sa më të shpejtë shpëton jetë.

Po përmendim disa specialitete dhe mjete e aparatura bazë:

1. Sistemi kardio-vaskular.

Është e nevojshme që mjeku i përgjithshëm të ketë:

a) Stetoskop/Fonendoskop me mikrofon për regjistrimin dixhital të zhurmave auskultatore gjatë ekzaminimit të këtij aparati pasi ato përbëjnë shenjat objektive dhe patognomike të sëmundjes apo të një sistemi të shëndetshëm. Regjistrimi i zhurmave auskultatore dhe veçimi më pas i atyre patologjike bëhet në kartelën elektronike të pacientit, dhe më pas ndiqet procedura e referimit apo VideoKonsultës me mjekun specialist në mënyrë live të drejtpërdrejtë ose të regjistruar(analizohet nga specialisti pak më vonë).

b) Aparat EKG me 12 lidhje. Një aparat i tillë që do të mund të përcillte në mënyrë direkte dixhitale në kartelën elektronike të pacientit trasene e potencialeve kardiake, do të ishte optimale(paralelisht printimit të shiritit). Fotografimi i trasesë së printuar të EKG është një metodë e zakonshme.

c)Defibrilator Automatik/Manual. I nevojshëm për vlerësimin e punës se zemrës me trase bazë si dhe për defibrilim kur është e nevojshme.

d) Aparat ECHO. Kjo mund të diskutohet për koston, por ka aparate të thjeshtë dhe trajnimi i mjekut të përgjithshëm dhe infermierit nuk është i pamundur apo të kalojë kompetencat(po të

marrim parasysh paraqitjen e rasteve Urgjente ku dhe diagnoza e menjëhershme dhe trajtim i duhur më pas mund të shpëtojnë jetë brenda 15-30 minutave. ECHO është e nevojshme dhe për ekzaminime të tjera që mund të ulin koston e shërbimit mjekësor në tërësi pasi është mjet që bën diagnoza të shumta dhe pacientët trajtohen me mjekim parandalues-shpëtues që në qendrën parësore apo dhe në mjetin transportues të Urgjencës(Ambulancës). Mjeku i përgjithshëm dhe infermieri duhet të dinë përdorimin e aparaturës së ECHO-s dhe vendosjen e lëvizjen e saktë të sondës për çdo organ që do ekzaminohet. Interpretimipërfundimtar i takon specialistit prandaj dhe mjeku i përgjithshëm e infermieri nuk kanë nevojë për ndonjë trajnim specifik për të realizuar ekzaminime të tilla.

e) Aparatura apo mjete të tjera që kardiologët e specialistë tjerë mund të sugjerojnë.

2. Aparati respirator

a) Stetoskop/Fonendoskop të njëjtë si në pikën 1 për regjistrimin e zhurmave pulmonare e bronkofonisë.

b) Spirometër.

c) Aparatura apo mjete të tjera që pneumologët specialistë tjerë mund të sugjerojnë.

3. Neurologjia

a) Çekiç, diapazon, etj... Neurologët të bëjnë sugjerimet e nevojshme.

4. Lëkura dhe mukozat

a) Dermatoskop, etj... Dermatologët mund të vendosin kush duhet të jenë mjetet ekzaminuese bazë me kosto të ulët që duhet të ketë kabineti i mjekut të përgjithshëm për të mbuluar diagnostikimin e një numri sa më të madh sëmundjesh me kosto të ulët.

5. Oftalmologjia/Okulistika

a) Oftalmoskop

b) Mjete të tjera që Oftalmologët/Okulistët mund të sugjerojnë.

... Kështu mund të rradhisim gjithë aparatet dhe çdo specialitet. Mjekët specialistë të çdo fushe mund të sugjerojnë cilat instrumente diagnostikuese duhet të jenë në kabinetin e mjekut të përgjithshëm për të bërë ekzaminimet bazë për të identifikuar një numër sa më të madh sëmundjesh dhe duke plotësuar në mënyrë sa më të plotë kartelën e pacientit në mënyrë që diagnostikimi në distancë nëpërmjet VideoKonsultës™© të jetë sa më i lehtë.

Me këtë plotësim të disa prej instrumenteve bazë diagnostikuese dhe përdorimit të VideoKonsultës™© në Shërbimin Shëndetësor Parësor, Shëndetësia Shqiptare i afrohet, barazohet me vendet më të zhvilluara në botë.

Përfitime

* Rritja e njohurive dhe e kompetencës së mjekut të përgjithshëm në parandalim-diagnostikim-trajtim-rehabilitimin e saktë dhe efikas të sëmundjeve me uljen e kostove dhe kohës përkatëse duke pasur kontakt të përditshëm me mjekët specialistë nëpërmjet VideoKonsultës™©.

* Me futjen e këtij lloji shërbimi nuk ka më zona apo fshatra të izoluar në territorin Shqiptar. Qoftë dhe në fshatin më të izoluar trajtimi i rastit dhe dhënia e ndihmës shëndetësore është ekuivalente me Qendrat Shëndetësore të Qyteteve.

* Shmangjet izolimi i mjekut të përgjithshëm/familjes, pasiguria në dhënien e ndihmës mjekësore parësore, përfundimtare dhe në rastin e Urgjencave, si pasojë e mungesës së njohurive teorike-praktike të duhura në kohë sa më të shpejtë dhe kosto sa më të ulët qoftë për pacientin qoftë dhe për Autoritetin Shëndetësor.

* Rritja e nivelit të Ofrimit të Kujdesit Shëndetësor në optimum dhe të konkurrueshëm me vendet më të zhvilluara.

***Shënim:** U përdor TM (Trade Mark) dhe © (CopyRights) pasi për Shqipërinë është hera e parë e futjes së një shërbimi të tillë apo përdorimit të emërimit VideoKonsultës™© për këtë shërbim specifik.*

RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

ALERGJIA MOLEKULARE: NGA EKSTRAKTI ALERGENIK TEK MOLEKULA

Prof. Dr. Mehmet Hoxha

Shërbimi i Alergologjisë dhe Imunologjisë Klinike QSUT

Alergjitet janë një patologji shumë e shpeshtë, me impakt të madh socio-ekonomik në të gjithë botën, por veçanërisht në vendet e industrializuara. Janë në nivel epidemie, ku mbi 40% e popullatës në Evropë vuan nga një alergji, por vihet re se 70% e tyre janë të polisensibilizuar. Është e domozdoshme diagnoza e saktë klinike, etiologjike dhe mbi të gjitha diferencimi i saktë i alergenit relevant specifik. Alergologjia molekulare është një arritje shumë moderne në diagnozën alergjike, pasi përcakton IgE specifike ndaj komponentëve molekulare alergjenikë të vetëm, në vend të ekstrakteve alergjenike të përdorura në të shkuarën. Alergjia molekulare bazohet në identifikimin, karakterizimin dhe më pas përdorimin e një alergjeni të vetëm, i cili është komponent përbërës i një burimi alergjenik kompleks si: polenet, akarienët, papastërtitë

animale, ushqimet apo helmi i insekteve. Komponentët molekularë janë proteina shumë të purifikuara, të cilat ose izolohen direkt nga burimi alergjenik, ose prodhohen në mënyrë rekombinante. Ato ofrojnë një nivel shumë të lartë standardizimi krahasuar me ekstraktet alergjenike dhe na mundësojnë një diagnozë diferenciale shumë të detajuar, duke zbuluar faktorin e vërtetë alergjenik dhe na mundësojnë marrjen e vendimeve terapeutike adekuatë. Duke i përdorur si alergjenë të purifikuar apo rekombinant përmirësohet dukshëm diagnoza in vitro duke: a) rritur sensitivitetin, b) përdorur alergjenë të njohur dhe agresivë, c) bërë diagnozën e mbështetur mbi komponentë, e cila diferencon sensibilizimin primar nga reaktiviteti i kryqëzuar. Alergjia e bazuar mbi komponentë lehtëson një rritje analitike të sensitivitetit ndaj alergjenëve, praktikisht kur ata mungojnë apo janë të nënprezantuar në ekstrakt alergjenik. Ndërsa alergjenët, në ekstrakt apo të purifikuar nga burimet natyrale të alergjenëve, përmbajnë gjithmonë një përzierje të alergjenëve madhorë dhe minorë, gjithashtu dhe substanca shtesë jo alergjike, proteinat e prodhuara me bioteknologji (rekombinant) janë alergjenë madhorë, të pastër nga pjesëzat jo alergjike.

Para se të fillojmë terapinë është shumë e domosdoshme të zbulohet shkaktari real i alergjisë. Por deri sot, me provat e alergjisë në lëkurë ndaj pneumoalergjenëve apo me matjen e IgE-ve specifike në gjak bazuar në ekstraktet alergjenike hasim shumë shpesh reaksione të shumëfishta. Këto mund të jenë ose realisht të polisensibilizuar, ose të monosensibilizuar me reaksione të kryqëzuara, i cili nënkupton një reaksion fillestar ndaj një burimi të vetëm, por antitruapat IgE mund të lidhen gjithashtu me alergjenë me strukturë të ngjashme nga burime të tjera, me shumë mundësi mund të nxisin një përgjigje imune dhe në ekzaminim të japin teste pozitive. Në këto raste, ndarja ndërmjet një komponenti specifik alergjenik në një burim të caktuar, nga panalergjenët e mundshëm, na mundëson diagnozë dhe trajtim shumë të shpejtë dhe të saktë.

Në vartësi të shkaktarit alergjik, alergjitë mund të trajtohen ose nëpërmjet eliminimit të shkaktarit, nëse është e mundur, ose me anë të imunoterapisë specifike. SIT ka efikasitet të lartë kur kemi sensibilizim primar real ndaj komponentëve madhorë të ekstraktit alergjenik, pra kur më shumë se 50% e pacientëve të sensibilizuar reagojnë ndaj këtyre komponentëve. Vetëm diagnoza molekulare mund të na ofrojë një informacion të thellë dhe të saktë, duke na mundësoar të bëjmë zgjedhjen e duhur për imunoterapi specifike, për të garantuar suksesin e trajtimit.

Graviteti i simptomave ndryshon shumë në vartësi të komponentëve alergjenikë të familjeve proteinike. Kështu që, ne mund të parashikojmë nëse një pacient ka rrezik të ulët apo të lartë për shok anafilaktik, dhe të merren masat e duhura, ose eliminim absolut i produktit, kur është e mundur, apo ofrimi i terapisë së urgjencës sa më shpejt të jetë e mundur, kur ndodh kontakti ose mbajtja e autoinjektorit të adrenalines me vete, për të shpëtuar jetën. Për shembull, nëse pacienti është sensibil nga familja e profilinave, atëherë pritet përgjithësisht shfaqja e simptomave të lehta, kurse nëse është sensibil ndaj proteinave të storazhit, atëherë risku i reaksioneve të rënda është shumë i lartë. Duhet theksuar se disa nga këto komponentë proteinikë ndryshojnë shumë me nxehtësinë, shumë prej tyre denaturohen gjatë gatimit, duke ulur rezikun e reaksioneve sistemike.

Po paraqesim një rast klinik, për të demonstruar rëndësinë e alergjisë molekulare në diagnozë dhe qëndrim të saktë terapeutik.

Pacienti 32 vjeç u paraqit në urgjencë me ankesat: elementë urikariale në formë hartash, vështirësi të lehtë në frymëmarrje, edemë palpebrale, të buzës dhe të fytyrës, lotim dhe prurit okular, teshtima. Pacienti referoi se shenjat filluan rreth 20 minuta pas konsumimit të një kiwi. U hospitalizua dhe trajtua si urtikarie et angioedema akute. Në anamnezë rezultoi se pacienti vuante nga rhiniti alergjik sezonal dhe se kishte patur një episod tjetër alergjie ushqimore të dyshuar, por jo të konfirmuar.

Diagnoza diferenciale: Duhet të diferencojmë sensibilizimin primar, pra alergenët madhorë, dhe reaksionin e mundshëm të kryqëzuar (alergji respiratore # alergji ushqimore).

A. Parakrahë i djathtë

AI (Radial)	Pupule Eriteme	BI (Ulnar)	Pupule Eriteme
1. Histamina		1. Iyctia punctata	3-20
2. Kromoli sodiqiv	7-35	2. Olea europaea	
3. D. Pteronyssium	7-80	3. Prunella sp.	
4. D. Farinace		4. Alnus incana	
5. Cui (Ciste) Pityllo		5. Corylus avellana	
6. Dog (Ciste) Pityllo		6. Coprinus comatus	
7. Hattella germanica		7. Pianta silvestris	
8. Latex		8. Quercus ilex	
A2 (Ulnar)			
9. Parietaria officinalis		9. Urtica canescens	4-20
10. Artemisia vulgaris		10. Fraxino excelsior	
11. Chenopodium album		11. Nigella arvensis	
12. Plantago lanceolata		12. Acacia dealbata	
13. Ambrosia artemisiifolia	4-15	13. Alhagaris alternata	
14. Helianthus annuus		14. Aspergillus niger	
15. Salix nigra		15. Penicillium mix	
16. Ligustrum vulgare		16. Cladosporium	

Krahë i djathtë (Radial)

Pupule Eriteme	Krahë i majte (Radial)	Pupule Eriteme
1. Secale cereale		7-40
2. Dactylis glomerata		6-75
3. Cynodon dactylon		8-20
4. Phleum pratense		8-20

Krahë i djathtë (Ulnar)

Pupule Eriteme	Krahë i majte (Ulnar)	Pupule Eriteme
5. Foa pratensis		10-45
6. Graminace Mix 3		
7. Lolium multiflorum		

Dermografizimi: **Positiv**

Testi i Etkurës rezultoi

Foto nr 1.

A. Parakrahë i djathtë

AI (Radial)	Pupule Eriteme	BI (Ulnar)	Pupule Eriteme
1. Histamina		1. Lami major (Papaver)	
2. Kromoli sodiqiv	6-30	2. Lami (Sedum)	
3. Piti (Meli)		3. Lami (Sedum)	
4. Chikla (Piti)		4. Gufja (Sedum)	
5. Sarsina (Sedum)		5. Urtica (Ciste)	
6. Siro (Sedum)		6. Urtica (Ciste)	
7. Lolium (Artemis)		7. Urtica (Ciste)	
8. Cui (Mortier)		8. Spina (Sedum)	
9. Opat (Ciste)			
A2 (Ulnar)			
10. Ciste (Ciste)		9. Apple (Meli)	
11. Almond (Mandora)		10. Melon (Meli)	
12. Siro (Ciste)		11. Pajti (Fresa)	
13. Harebani (Noceda)		12. Banana (Banana)	
14. Prazë (Aspidi)		13. Strawberry (Fresa)	
15. Walnut (Ciste)		14. Kivi	
16. Mandar (Siro)		15. Orange (Arancia)	
17. Egg white (Ciste albano)		16. Lemon (Ciste)	
18. Egg yolk (Ciste albano)		17. Ananas (Ananasi)	
19. Egg white (Ciste albano)		18. Ananas (Ananasi)	
20. Egg yolk (Ciste albano)		19. Ananas (Ananasi)	

Krahë i djathtë (Radial)

Pupule Eriteme	Krahë i majte (Radial)	Pupule Eriteme
1. Secale cereale		7-40
2. Dactylis glomerata		6-75
3. Cynodon dactylon		8-20
4. Phleum pratense		8-20

Krahë i djathtë (Ulnar)

Pupule Eriteme	Krahë i majte (Ulnar)	Pupule Eriteme
5. Foa pratensis		10-45
6. Graminace Mix 3		
7. Lolium multiflorum		

Dermografizimi: **Positiv**

Testi i Etkurës rezultoi

Foto nr 2.

Pas dy javësh nga episodi alergjik pacienti realizoi ekzaminimet e mëposhtme:
 Skin prick teste me pneumoalergenë: Rezultuan pozitive për D.pteronyssium, Ambrosia artemissiofolia, Betula pendula, fraxinus excelsior, secale cereale, dactylis glomerata, cynodon dactylon, phleum pratense, graminaceae mix.
 Skin prick test nga alergenët ushqimor = mielli rezultoi pozitiv (foto nr 1).

Skin prick test (prick by prick) për kiwin rezultoi pozitiv (foto nr. 2)



1. ?

Diskutimi: Pacienti është i polisensibilizuar?!

Së pari, duhet të përcaktohet se kush është sensibilizim primar: - acarienet, betula apo grasset? Së dyti, alergjia nga mielli dhe kiwi janë primare, apo një reaksion i kryqëzuar?!

Në egzaminimin in vitro për IgE specifike ndaj komponentëve alergjenikë rezultoi se pacienti ishte pozitiv vetëm ndaj **Graseve**.

Molekulat alergjenike madhore për graset janë Php1 dhe Php5, në mungese të tyre Php12 induktohet nga profilinat crossreaktive, por ky rast paraqet IgE për Php1, duke konfirmuar një sensibilizim primar nga grasset. Testmi i plotë i panelit të alergjenëve për: kiwin, mollën, pjeshkën dhe selinonë konfirmoi crossreaktivitetin me grasset, duke eliminuar mundësinë e një sensibilizimi primar. Simptomat orale nga frutat rëndohen gjatë sezonit të polenizimit të graseve dhe përmirësohen jashtë tij duke konfirmuar klinikisht diagnozën.

Profilina është një proteinë 12-15 kDa e pranishme në të gjitha qelizat eukariote dhe e përfshirë në organizimin e citoskeletit dhe sinjalizimin membranor. Profilinat kanë homologji të madhe edhe ndërmjet llojeve të largëta të organizmave dhe konsiderohet si një pan-alergen archetipik. 50% e pacientëve alergjik nga polenet janë të sensibilizuar nga profilina. Në skin prick test (SPT) burimet më të shumta të poleneve rezultojnë pozitive. Relevanca klinike është variabile, por potencialisht prezente. Rreth 50% e pacientëve mund të kenë alergji ushqimore, sindromën e alergjisë orale në shumicën e rasteve. Domatja, pjepri, shalqini dhe qitro janë tipikisht të lidhura me profilinën, por pacientët i tolerojnë si ushqime të përpunuara. Spektri i bimëve të akuzuara është tejet i gjerë. Në rastin tonë prania e profilinës Act d9-kiwi (ericales) allergen jo madhor dhe phlp12 tek graset, është përgjegjëse për alergjinë e kryqëzuar ndërmjet grurit, kiwit dhe graseve.

AEROALLERGENS				
n	n	Bermuda	Cyn d 1	Grass group 1
r	r	Timothy	Phl p 1	Grass group 1
r	r	Timothy	Phl p 2	Grass group 2
n	n	Timothy	Phl p 4	Berberine bridge enzyme
r	r	Timothy	Phl p 5	Grass group 5
r	r	Timothy	Phl p 6	Grass group 6
r	r	Timothy	Phl p 7	Polcalcic
r	r	Timothy	Phl p 11	Trypsin inhibitor
r	r	Timothy	Phl p 12	Profilin
r		Alder	Aln g 1	PR-10
r	r	Birch	Bet v 1	PR-10
r	r	Birch	Bet v 2	Profilin
r	r	Birch	Bet v 4	Polcalcic
	r	Birch	Bet v 6	isoflavone reductases
r		Hazel	Cor a 1.0101	PR-10

Pacienti me sensibilizim primar nga akarienet duhet studiuar për reaksione të kryqëzuara me parazitë, karkalecin, etj...

Tropomiozinat, janë familje proteinike (panalergenë), që shfaqin reaksion të kryqëzuar shumë të lartë, pavarësisht nga origjina, që mund të përfshijnë simptoma të ndryshme, përfshirë shokun anafilaktik. Sensibilizimi ndaj tropomiozinës mund të ndodhë me ingestion (fruta deti),

inhalacion (akariene, furrtarja) ose infeksion parazitar (ascariasis, anisakiasis). Impakti klinik i tropomiozinave, që nuk vijnë nga ushqimet, mund të jetë më i madh nga sa ishte menduar. Matjet in vitro të antitropomiozinave IgE ndaj tropomiozinës mund të jenë më specifike dhe më sinjifikative se sa gjithë ekstrakti alergjenik, sidomos në rastet e alergjisë nga karkalecat e detit.

Siç del e qartë dhe nga rasti, mbas zbulimit të IgE-ve specifike, duhet një interpretim shumë i kujdesshëm nga mjeku alergolog, i cili njeh shumë mirë anamnezën e pacientit. Edhe duke aplikuar alergjinë molekulare ndaj një alergjeni të vetëm, IgE-të specifike pozitive janë relevante vetëm në rastet kur korrespondojnë me simptomat objektive. Si rrjedhojë, relevanca klinike e këtyre testeve duhet të vlerësohet nga mjeku dhe jo nga testi në vetvete. Kështu që, kombinimi i anamnezës, alergjisë molekulare, por pa hequr dorë nga ekstraktet alergjenike, të cilat do të mbeten për shumë kohë bazë e diagnozës dhe trajtimit, do të mund të vendosim një diagnozë dhe trajtim të saktë. Testet e alergjisë molekulare multipleks janë një mjet shumë efikas, që na mundëson aplikimin e një strategjie shumë optimale për menaxhimin e pacientit. Këto teste na lejojnë të diferencojmë reaksionin e kryqëzuar nga polisensibilizimi, shumë e nevojshme kjo për të këshilluar siç duhet pacientin në risk për reaksion sistemik të rëndë. Na ndihmon në aplikimin e imunoterapisë specifike adekuate dhe eviton terapitë e tepërta, apo ndryshimin e panevojshëm të stilit të jetës, ndonjëherë shumë i lodhshëm dhe qëshakatonimpakt të dukshëm në cilësinë e jetës.

Referencat

1. *Hamilton RG, Kleine-Tebbe J. Molecular Allergy Diagnostics: Analytical Features That Support Clinical Decisions. Curr Allergy Asthma Rep. 2015 Sep;15(9):57. doi: 10.1007/s11882-015-0556-7.*
2. *Astrid Starke. Advantages of the modern allergy diagnostics. Trillium Diagnostik (14(3): 172-173).*
3. *Thomas WR. The advent of recombinant allergens and allergen cloning. J Allergy Clin Immunol. 2011;127: 855–859.*
4. *Radauer C, Bublin M, Wagner S, Mari A, Breiteneder H. Allergens are distributed into few protein families and possess a restricted number of biochemical functions. J Allergy Clin Immunol. 2008;121: 847–52. e7.*
5. *J. Kleine-Tebbe, U. Jappe. Molecular allergy diagnostic tests: development and relevance in clinical practice. Allergol Select. 2017; 1(2): 169–189. Published online 2017 Aug 4. doi:10.5414/ALX01617E.*
6. *Chapman MD, Pomés A, Breiteneder H, Ferreira F. Nomenclature and structural biology of allergens. J Allergy Clin Immunol. 2007;119: 414–420.*
7. *Sastre J. Molecular diagnosis in allergy. Clin Exp Allergy. 2010;40: 1442–1460.*
8. *Cucu T, Jacxsens L, De Meulenaer B. Analysis to support allergen risk management: Which way to go? J Agric Food Chem. 2013;61: 5624–5633.*
9. *Jutel M, Solarewicz-Madejek K, Smolinska S. Recombinant allergens: the present and the future. Hum Vaccin Immunother. 2012;8: 1534–1543.*
10. *Pauli G, Oster JP, Deviller P, Heiss S, Bessot JC, Susani M, Ferreira F, Kraft D, Valenta R. Skin testing with recombinant allergens rBet v 1 and birch profilin, rBet v 2: diagnostic value for birch pollen and associated allergies. J Allergy Clin Immunol. 1996;97: 1100–1109.*
11. *Aalberse JA, Meijer Y, Derksen N, van der Palen-Merkus T, Knol E, Aalberse RC. Moving from peanut extract to peanut components: towards validation of component-resolved IgE tests. Allergy. 2013;68: 748–756.*
12. *Valenta R, Lidholm J, Niederberger V, Hayek B, Kraft D, Grönlund H. The recombinant allergen-based concept of component-resolved diagnostics and immunotherapy (CRD and CRIT). Clin Exp Allergy. 1999;29: 896–904.*

SINDROMI ALERGJIK POLEN-USHQIM

Julijana ASLLANI

Shërbimii Alergologjisë dhe Immunologjisë Klinike, QSUT

1. Sindromipolen-ushqimdherelevancaklinike e tij e parënësaspektin e AlergjisëMolekulare

Ushqimetsi trigger ireaksionevealergjike po fitojnënjërendësitëmadhesidomos 10 vjeçarin e fundit. Rreth 40-70% e pacientëve të sensibilizuara ndaj aeroalergenëve përjetojnë simptoma orale alergjike pas konsumit të frutave, perimeve të freskëta dhe disa erëza ve specifike. Sindromipolen-ushqimosesindromi oral-alergjik është një reaksion hipersensitiviteti specifik ndaj një ushqimi në terren të një sensibilizimit më parë ndaj aeroalergenëve. Ky term është përdorur për herë të parë në vitin 1987 nga Amlot et al, për të përshkruar simptomat e lokalizuara kryesisht në kavitetin oral në pacientët me teste kutanepozitive për aeroalergenët. Dekadat e fundit ka fituar një rëndësi të veçantë klinike dhe diagnostike. Me zhvillimet e reja në fushën e alergologjisë për më shumë teknologji vere kombinante është bërë mundur karakterizimin në nivel molekular i alergjenëve dhe s'rrjedhojë edhe profil i të sensibilizimit të pacientit. Alergjia molekulare dhe component-resolved diagnosis (CRD) përbëjnë hallkat kyçe në diferencimin e alergjisë primare ushqimore nga reaksionet e kryqëzuarapërgjegjëse për sindromin oral alergjik ose polen-ushqim dhe në hartimin e një planit trajtim të personalizuar.

2. Manifestimet klinike të sindromit polen-ushqim

Simptomat shfaqen kryesisht brenda disa minutave pas ekspozimit ndaj alergjenit ushqimor përgjegjës (fruta, perime, frutat e thata, disa erëza). Kohëzgjatja e tyre varion nga disa minutat deri në disa orë. Kryesisht lokalizohet në orofaring dhe janë të lehta dhe tranzitore. Simptomat më të zakonshme janë pruritit i buzëve, gjuhës, palatumit, veshëve, fytit, ngjirjezëri. Në rastet më të ralla mund të shoqërohet me angioedemë periorale dhe shtrëngim në fytyrë pas ingestionit të ushqimit. Pas mukozës orale, lëkura është organi i targetit më shpesh për fshirë në reaksionet alergjike ushqimore primare dhe ato të lidhura me polenet. Urtikaria akute e gjeneralizuar, dhembërrallë rash facial, prurit nazal, iveshëve mund të shfaqen në një pjesë të pacientëve. Duhet të heksuar që në pacientët me dermatit atopik dhe polinozë mund të vërehet ekzacerbim i dermatitit pas ingestionit të ushqimeve. Simptomat e lidhura me traktin gastrointestinal sitë vjella, diarre, nauze, krampe, rrallëherë përbëjnë shfaqjen e vetme klinike në alergjitë polen-ushqim. E njëjtat gjë mund të thuhet edhe për manifestimet respiratore. Në 1-2% të pacientëve, vërehen reaksionet e rënda anafilaktike në alergjinë ushqimore të lidhur me polenet. Manifestimet klinike janë variabël lidhur me sezonin polenik. Ato janë më të shprehura për gjatë sezonit polenik të polenit përgjegjës dhe disa muaj më pas.

3. Fizpatologjia

Sindromipolen-ushqimshkaktohet nga alergjenët ushqimorë të klasës së dytë. Ky sindrom përbëhet nga një reaksion hipersensibiliteti tipik të parë të ndërmjetësuar nga IgE-të, i induktuar nga një sensibilizim primar ndaj alergjenëve inhalator (polene). Në thelb të patogjenezës qëndron cross-reaktiviteti që zhvillohet si rezultat i epitopeve homologe (në strukturën e proteinike primare dhe terciare) që ndajnë alergjenët ushqimorë dhe inhalatorë. Përtëkuptuar më tej patogjenezën e reaksioneve të kryqëzuar duhet të heksuar që klasifikimi i alergjenëve vitet e fundit ka ndryshuar duke

kaluarngaekstraktetalerjenikemolekulatpërgjegjësepërsensibilizimin e pacientit. Këndihmonnëidentifikimin e komponentëvealergenispecificIgE-tësificetëprodhuarandajalergenëveinhalatorë (polenet) nëpacientët e sensibilizuarmëparëndajaeroalergenëve, kanëaftësitënjohindhelidhen me epitopetomologënëstrukturënproteiniketëalergenëveushqimor. KompleksiIgE-alergenushqimoriformuartashmëlidhetnësipërfaqen e mastocitevedhebazofilevenëmukozën e kavitetit oral pas ekspozimitndajalergenitushqimor duke nxiturdegranulimin e tyre dheçlirimin e histaminës dhe mediatorëve të tjerë përgjegjës për klinikën e sindromit oral alergjik (OAS) ose polenushqim (SPU).

4. Aspektet specifike të alergenëve inhalator dhe familjeve proteinike relevante në sindromat polen-ushqim.

Alergenët inhalator më relevantë lidhur me sindromat polen-ushqim dhe reaksionet e kryqëzuara midis proteinave homologe, përfshijnë polenet e pemëve me përfaqesues kryesorë të shteknë, polenet e barërave dhe shkurreve ku veçohet sindromat alergjik të lidhura me artemisian (pelinin) dhe ambrozian. Në pacientët e polisensibilizuar probabiliteti për të pasur reaksionet e kryqëzuara është më i lartë. Diferencimi i sensibilizimit primar dhe i përgjegjës për cross-reaktivitetin dhe simptomat orale është thelbësor në diagnostikimin dhe trajtimin e pacientit. Klasifikimi i ri i alergenëve bazuar në molekulatashmëdhe jo në ekstraktin e tyre është i rëndësishëm për të kuptuar se cilin komponent të alergenike është përgjegjës për sensibilizimin primar (lidhantitrupe IgE në >50% të pacientëve) dhe cilët komponentë molekularjanë cross-reaktiv. Familjet kryesore proteinike (alergenike) të implikuara në shfaqjen e këtij fenomeni janë të mirë-studiuara sidomos vitet e fundit. Strukturat proteinike, funksionet biologjike, stabiliteti ndaj temperaturave të larta, pH dhe aktiviteti i enzimeve gastrike janë karakteristika të familjeve proteinike potencialisht cross-reaktive që luajnë një rol të rëndësishëm në manifestimet klinike, prognozën dhe menaxhimin e alergjisë ushqimore të lidhur me polenet. Pathogenesis-related proteins (PR-10), profilinat dhe proteinat transportues të lipideve janë komponentë të alergenik kryesorë të lidhura me reaksionet e kryqëzuara ndërmjet alergenëve inhalatorë dhe ushqimor.

Tab.1.1. Familjet më të rëndësishme proteinike të përfshira në cross-reaktivitetin midis aeroalergenëve dhe alergenëve ushqimor.

Familjet proteinike alergenike	Alergenët kryesorë relevant
Proteinat PR-10 (labile ndaj nxehjes dhe proteazave)	Bet v 1, Aln g 1 (polenet e pemëve) Mal d 1, Pru p 1, Api g 1, Gly m 4, (fruta, perime, legume)
Profilina, homologët e Bet v 2 (labile ndaj nxehjes dhe proteazave)	Bet v 2, Ole e 2 (polenet e pemëve), Che a 2, Art v 4, Amba 8 (polenet e shkurreve), Api g 4, Dau c 4, Pru p 4, Sin a 4, Cuc m 2 (perime, fruta, fara)
Proteinat transportues të lipideve (LTP) Stabile ndaj nxehjes dhe proteazave)	Pla a 3, Ole e 7, Art v 3, Amb a 6 (pemë, shkurre) Api g 2, Pru p 3, Sin a 3 (perime, fruta, fara)
Tropomiozina (stabile ndaj nxehjes dhe proteazave)	Der p 10, Bla g 7 (akariene, insekte) Pen m 1, Myt e 1 (krustace, molusqe)

Albuminat e serumit (labile ndajnxehetësisëdheproteazave)	Fel d 2, Can f 3, Equ c 3 (mace, qen, albumina e serumit të kalit) Bos d 6, Sus s 6 (albuminaserike bovine dhe e derrit)
--	---

4.1. Mështekna, polenet e pemëve dhe alergjenët ushqimor:

Alergeni madhor i polenit të mështeknes Bet v 1 është përfaqësues i kryesorit të pathogenesisit të proteinave (PR). PR është familjar me rëndësi të lidhur me sindromin e alergjisë polen-ushqim. Rreth 70% e pacientëve alergjikë ndaj polenit të mështeknes zhvillojnë simptoma ndaj ushqimeve me bazë bimë. Homologët e Bet v 1 gjenden në një numër të konsiderueshëm ushqimesh me bazë bimë që dominojnë familja e Rosaceae (frutave), Fabaceae (farave) dhe Asteraceae (perime) si: luleshtrydhe, kajsi, qershi, pjeshkë, dardhë, kivi, karrotë, selino, domate, lajthi, kikirikë, gështenja. Sindromi poleni i mështeknes-mollë përfaqëson reaksionin e kryqëzuar më të zakonshëm ndërmjet poleneve të pemëve dhe frutave. Sindromat poleni i mështeknes-ushqimesh që rohen kryesisht me simptomat e lehta të moderuara, të lokalizuara në kavitetin oral që fillojnë brenda disa minutave pas konsumit të ushqimit dhe që rezorbohen për disa minuta ose më shumë. Përgjatë sezonit polenik dhemenjëherë pas tij vërehet një agravim i simptomave. Polinozapatë pringjithmonë simptomat e alergjike. Në rastet më të ralla mund të shfaqen reaksione sistematike të rënda, anafilaksi, të cilat vërehen kryesisht pas konsumit të produkteve me bazë soje në rreth 10% të pacientëve alergjikë ndaj betulës dhe pas konsumit të karrotës dhe selinos në 50% të pacientëve. Profilët e sensibilizimit IgE-vartës në këtë pacientëndikohen ngaregjionigjeografik dhe mënyra e të ushqyerit. Alergjitë ushqimore të lidhura me polenet e pemëve ose polenin e mështeknes janë klinisht relevante sidomos në Evropën Qendrore dhe Veriore në saj të prevalencës së lartë të sensibilizimit ndaj mështeknes në këtë rajon.

4.2. Sindromat cross-reaktive në alergjitë nga Profilinat

Profilinat janë proteina lidhëse të aktinës, potencialisht cross-reaktive, ubikuitare, prezente në të gjitha qelizat eukariote. Rreth 50% e pacientëve të sensibilizuar ndaj profilinave përjetojnë sindrom oral alergjik. Profilina e parë e identifikuar është Bet v 2, alergjeni i polenit të mështeknes. Individët e sensibilizuar ndaj mështeknes shfaqin reaksione të kryqëzuara me homologët e Bet v2 që gjenden në ushqimesh si mollë, karrotë, pjeshkë, selino, patate. Në mënyrë të ngjashme dhe pacientët alergjikë ndaj profilinave të barërave mund të shfaqin SOA pas konsumit të pjeshkës apo mollës. Në pacientët alergjikë ndaj Bermuda grass me allergjen madhor Cyn d 12, një profilin, shfaqet cross-reaktiviteti i lartë me profilinat e domates (Sola 1 1) duke çuar në simptoma lokale në kavitetin oral. Duke qenë se profilinat janë komponente proteinike labile ndajnxehetësisë dhe veprimi të enzimave gastrike manifestimet klinike janë kryesisht lokale, si: prurit dhe angioedemë e buzëve, gjuhës, palatumit, fytyrës. Pacientët e sensibilizuar ndaj profilinave mund të shfaqin sensibilizim ndaj pelinit dhe ambrosias (siç do të shikojmë më poshtë). Kryesisht prevalenca më e lartë e sensibilizimit ndaj profilinave është në Evropën Jugore dhe varion nga 6% në Spanjë, 21% në Portugal dhe 30% në Itali.

4.3. Polenet e shkurreve dhe alergjenët ushqimor:

Sindromat polen-ushqim të induktuar angapolenet e shkurreve përfshijnë pacientët e sensibilizuar angapolenet e gjethesë pelinit dhe pelinit të egër kryesisht dhë mepaktë parietarias. Cross-reaktiviteti atribuohet familjës Asteraceae (selino, karrotë, qepë, majdanoz, coriandër) dhe erëzave, si: spec, piper, etj... Krahasuar me alergjitë ushqimore të lidhura me polenet e pemëve, polenet e shkurreve kanë një prevalencë më të ulët të cross-reaktivitetit por shoqërohen përgjithësisht me manifestime klinike më të rënda, sistemike. Sindromat më të njohura të lidhura me polenet e shkurreve janë *selino-mështekna-ambrosia-erëza*, *selino-pelinie gër-erëza*. Në rastin e parë pacientët e sensibilizuar ndaj polenit të mështeknës dhe pelinit të egër shfaqin simptoma pas konsumit të selinos apo perimeve të tjera në saj të cross-reaktivitetit të homologëve të Bet v 1-shit, dhe profilinave. Në sindromin *selino-pelinie gër-erëza* është poleni i pelinit sensibilizues i primar (përmes rrugës respiratore). Cross-reaktiviteti ndërmjet profilinave të pelinit të egër (Art v 3) dhe homologëve të alergenëve ushqimor, si: selino, erëza, karrotë, është në thelb të patogjenezës së këtij sindromi. Sindromi *pelinie gër-mustardë* përfshin lidhjen ndërmjet polinozës ngapelinie gër dhe disa ushqimeve me bazë bimoresimustarda e bardhë, mustardë indiane, lulëlakër, brokoli, kikirikë, arra, etj... Manifestimet klinike variojnë nga sindromi oral alergjik deri në anafilaksi. Cross-reaktiviteti atribuohet Art v 3, Sin a 3 një proteini transportuese e lipideve (LTP), Art v 4 një profilin dhe molekula me peshë të lartë molekulare si Art v 6. Në sindromin *pelinie gër-pjeshkë* komponentët alergjenikë cross-reaktivë janë LTP (Art v 3, Pru p 3) dhe profilinat. Ky reaksion kryqëzim shfaqet limituar në një grup pacientësh të Europës Jugore kushtet sensibilizues primar është Art v 3 i polenit të pelinit, ndërsa në popullatën mesdhetare është alergjen i madhor i pjeshkës Pru p 3 përgjegjës për alergjinë ngapjeshkë kushtet sensibilizues primar. Profili i sensibilizimit në sindromin *pelinie gër-pjeshkë* është i ndryshëm nga i mështeknës ushqimor dhe shpesh është i ndryshëm nga i geografik i të polenit të pelinit të egër. Poleni i gjethesë pelinit është gjithashtu i përfshirë në sindromin polen-ushqimor dhe shfaqet në pacientët me alergji respiratore ndaj gjethesë pelinit (alergenët e të cilëve sipërkasin profilinave dhe LTP) pas konsumit të bostanit, bananes, kungull, kastravec, etj... Klinikisht shfaqen me manifestime të lehta lokaletë kavitetit oral.

Tab.1.2. Sindromat më të shpeshta polen-ushqim

Sindromi polen-ushqim	Alergenet relevant
Mështekna-mollë	Bet v 1, Mal d 1 (Bet v 1 homologe)
Qiparis-pjeshkë	Pru p 3 (LTP) Cup a 1
Selino-pelin-erëza	Art v 4, Art v 6
Pelin-pjeshkë	Art v 4 (profilin) Pru p 3 (LTP)
Pelin-kamomil	Art v 1 (defensin)
Pelin-mustardë	Art v 3 (LTP), Art v 4 (profilin) Art v 6
Pelinie gër-bostan-banane	Amb a 6 (LTP), Amba 8 (profilin)
Chenopodium –bostan	Che a 2 (profilin)

5. Diagnoza

Diagnoza e sindromit polen-ushqimor është diagnostikimi i sëmundjeve të tjera alergjike bashkë të kryesisht në anamnezën e hollësishme, klinikë dhe në testet specifike. Nëse dyshohet për sindrom oral

alergjikështëmjaft e rëndësishmemarrja e njëanamnezetëhollësishtmelidhur me simptomatqëtëmerrentëdhënambi profilin e sensibilimitëpacientitsidomoslidhur me aeroalergenëtpotencialisht cross-reaktivë. Prick testet me ekstraktetëstandardizuaradheIgE-tëspecifikenëgjaknandihmojnëpërdeterminimin e profilittësensibilizimitëpacientit. Nërastin e sindromit oral alergjik apo polen-ushqimrekomandohetdhetestiprick by prickicilirealizohetpërmespërdorimittëalergenitnëformën e tij native (fruta, perimetëfreskëta) duke qenë se ka sensibilitetmëtëlargtë se prick testet me ekstraktetëstandardizuara, dheIgE-tëspecifikepërushqimetnëgjak. Nëvendosjen e njëdiagnozëtësaktëduhetpasurgjithmonëparasysHQërezultatet e testevetëjenërelevante me historinë e pacientitdhemanifestimetklinike. Nërastetkurtëdhënatngaanamneza apo ekzaminimetjanëtëpaqartanavjennëndihmëalergjiamolekulareose component resolved diagnosis (CRD). Përmes CRD mundtëidentifikojmënenivelmolekular profilin e sensibilizimitëpacientit. Nërastet e polisensibilizuarndajaeroalergenëve dhealergenëveushqimor (qëpërbëndhesfidën e vërtetëpërmjekunalergolog) bëntëmundurdetektimin e alergenitpërgjegjëspsensibiliziminprimardhëpërreaksionet e kryqëzuarapërgjegjësepërsindromin oral alergjik.

6. Menaxhimiipacientëve me sindrominpolen-ushqim.

Vitet e funditgjithmonëmëshumë po idrejtohemiproceduravetëdiagnotikimitdhemanaxhimittëpersonalizuarhtëpacientit. Nëtrajtimin e sindromavealergjikepolen-ushqimduhetpasurgjithmonëparasysHHistoria e sëmundjesdherelevancaklinike e ekzaminimevetëkryera. Menaxhimikonsistonnëtrajtiminafatshkurtërtëepisodavedhereaksioneveakute, dheafat-gjatëqëkonsitonnëstrategjitëpërminimizimin e riskutpërreaksionetëngjashmenëtëardhmen. Trajtimisimptomatikipacientëve me sindromalergjikpolen-ushqimbazohetnëduhërrëfyesit e trajtimittëpatologjivealergjike me antihistaminikë, kortikosteroidë apo epinephrinë. Përdorimiibarnavesiantihistaminikët (anti-H1) ndihmonpacientëtnëmbajtjenëkontrolldhelehtësimin e simptomaveoralekurmerren para konsumittëushqimitpërgjegjës. Nërastetkurpacientëtkanëmanifestuarreaksionetërendasistémique, anafilaksi apo shokanafilaktikrekomandohetpërshkrimiiepipenit. Dieta e eliminimit do tërekomandohejnëalergjitëushqimoresirezultatireaksionevetëkryqëzuarabazuarnënjëhistoritëqartë anamnestikedhekliniketëobservueshme (testiiprovokimit oral). Megjithatëdieta e eliminimit jo gjithmonëështë e mundurtëaplikohet. Duke qenë se pjesamë e madhe e alergenëveqëshkaktojnë SOA janë labile ndajnxehtësisë, nënjëpjesëtëpacientëve disaprejuhqimevemundtëtolerohennësekonsumohentëgatuaosetëtrajtuar a me nxehtësi, por mundtëndodhëedheqëalergenicitëidisaprodukteveushqimoretëërritet me trajtimin me nxehtësisikirikët. Imunoterapiaalergenspecificemundtëjetëefikasesipasdisastudimevenësindeinialergjikpolen-ushqim por endetëdhënatjanëkontradiktore. Disaprejistudimevesugjerojnë se imunoterapiaalergenspecifice me polenepërmirësonsimptomatmukozale, orale e shkaktuarangaushqimipërgjegjës. Fatkeqësishtkëto rezultatenukjanëkonsistentenëstudimetëndryshme. Nënëstudim tëKinacyan T et al i 2007 pas njëvitiimunoterapisublinguale me ekstraktetëpolenitëmështekna, nukpatipërmirësimetësimptomave pas konsumimittëmollëstëkkëtapacientë. Ndërkohëqënënjëstudim tëNiederberger V et al në 2007 pas imunoterapisëspecifikesubkutanepërtrajtimin e simptomaveoralealergjikenëpacientët e sensibilizuarndajmështekna u vunë re përmirësimetëdukshmetësimptomave pas

konsumimittëselinos. Megjithatë immunoterapiaa alergenspecifike me polenesitrajtim rutinënësindromin polen-ushqimështë për t'parë në të ardhmen për mes studimeve të gjera prospective placebo-controlled. Për pacientët që manifestojnë simptomat e rëndësishme të alergjikëve nga ushqimet por të palidhura me simptomat e polinozës, nuk rekomandohet rutinë immunoterapia. Njohja e patogjenezës, triggerave, dhe prognozës së sindromit polen-ushqimështë e rëndësishme në diagnostikim dhe intervenimin e hershëm tek këta pacientë duke ulur morbiditetin e lidhur me këtë patologji.

7. Konkluzione

Në fëmijë, adoleshentë dhe adultë të njepjesë e rëndësishme e alergjive ushqimore IgE-vartëse shkaktohen nga reaksionet kryqëzuar ndërmjet komponentëve të veçta të alergjenikëve që homologët e alergjenëve inhalator dhe ushqimor. Ky fenomen njihet ndryshe si sindromi oral alergjik apo polen-ushqim. Reaksionet e lehta, të moderuara apo të rëndësishme mund të shfaqen menjëherë pas konsumimit të ushqimit që përmban allergenin cross-reaktiv. Në praktikë në klinikë sensibilizimi klinikisht relevant mund të detektohet përmes prick testeve në lëkurë apo IgE-ve specifike në gjak. CRD nandihmon në arritjen e një diagnostikimi të saktë dhe përmes identifikimit të komponentëve të veçta të alergjenikëve që dëjtojnë pacientin është sensibilizuar dhe zhvillon simptomat dhe vlerësimin e molekulave të përgjigjes së reaksionit kryqëzuar. Kjo siguron një perspektivë të re klinike të diagnostikimit dhe hartimit të një plani të personalizuar trajtimi, dhenë përparshikimin e riskut për reaksionet e ngjashme të ardhmen. Efikasiteti i immunoterapisë me aeroalergenë në trajtimin e SPU është ende i paqartë.

Bibliografia

1. Nuray Bayar Muluk, M.D.,1 and Cemal Cingi, M.D.2, Oral Allergy Sindrom; *American Journal of Rhinology & Allergy*, 32, 27-30, 2018; doi:10.2500.
2. Werfel T, Asero R, Ballmer-Weber BK, Beyer K, Enrique E, Knulst AC, Mari A, Muraro A, Ollert M, Poulsen LK, Vieths S, Worm M, Hoffmann-Sommergruber K. Position paper of the EAACI: food allergy due to immunological cross-reactions with common inhalant allergens. *Allergy* 2015; 70: 1079–1090.
3. BE Garcia, MT Lizaso. Cross-reactivity Syndromes in Food Allergy, *J Invest Allergol Clin Immunol* 2011; Vol. 21(3): 162-170
4. <http://www.eaaci.org/documents/Molecular> Allergology-web.pdf
5. Alexandra Price, MS,* Sarika Ramachandran, MD,† Gideon P. Smith, MD, PhD,‡ Mary L. Stevenson, MD,† Miriam K. Pomeranz, MD,† and David E. Cohen, MD, MPH†; Oral Allergy Syndrome (Pollen-Food Allergy Syndrome), *American Contact Dermatitis Society*, Vol 26 j No 2 j March/April, 2015.
6. Popescu FD. Cross-reactivity between aeroallergens and food allergens; *World J Methodol* 2015 June 26; 5(2): 31-50 ISSN 2222-0682
7. Muraro A, Roberts G, Worm M, Bilo MB, Brockow K, Fernandez Rivas M et al. Anaphylaxis: guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy* 2014; 69:1026–1045.
8. Amlot PL, Kemeny DM, Zachary C, et al. Oral allergy syndrome (OAS): symptoms of IgE-mediated hypersensitivity to foods. *Clin Allergy* 1987; 17(1):33Y42.
9. Kinaciyan T, Jahn-Schmid B, Radakovic A, Zwolfer B, Schreiber C, Francis JN et al. Successful sublingual immunotherapy with birch pollen has limited effects on concomitant food allergy to apple and the immune response to the Bet v 1 homolog Mal d 1. *J Allergy Clin Immunol* 2007; 119:937–943.
10. Niederberger V, Reisinger J, Valent P, Krauth MT, Pauli G, van Hage M et al. Vaccination with genetically modified birch pollen allergens: immune and clinical effects on oral allergy syndrome. *J Allergy Clin Immunol* 2007; 119:1013–1016.
11. Huertas AJ, Carreno A, Merida C, et al. Profilin sensitisation in a Mediterranean population. *Allergol Immunopathol (Madr)* 2014; 42(5): 387Y394.
12. Fernandes H, Michalska K, Sikorski M, et al. Structural and functional aspects of PR-10 proteins. *FEBS J* 2013; 280(5):1169Y1199.
13. Ebo DG, Bridts CH, Verweij MM, et al. Sensitization profiles in birch pollen-allergic patients with and without oral allergy syndrome to apple: lessons from multiplexed component-resolved allergy diagnosis. *Clin Exp Allergy* 2010; 40(2):339Y347.
14. Czarnecka-Operacz M, Jenerowicz D, Silnyw. Oral allergy syndrome in patients with airborne pollen allergy treated with specific immunotherapy. *Acta Dermatovenerol Croat* 2008; 16(1):19Y24.
15. Vieru M, Popescu FD, Tudose AM. Sensitisation pattern to birch pollen allergen components in oral allergy syndrome to Rosaceae fruits in patients with spring pollinosis from an East European Sylvosteppe area with loë density forests. *Clin Transl Allergy* 2014; 4 Suppl 2: P47 [DOI: 10.1186/2045-7022-4-S2-P47].

NEKROLOGJI

Prof. Dr. Thoma KRISTO

1936 - 2019

Në 18 Gusht 2019 u nda nga jeta Prof. Dr. Thoma Kristo, një ndër figurat e shquara të mjekësisë shqiptare.

Thoma Kristo lindi në vitin 1936 në Përmet. Shkollën e mesme e mbaroi në Gjirokastrë, ndërsa të lartën në Hungari, në vitin 1960, ku u diplomua me medalje ari në Fakultetin e Mjekësisë të Budapestit. Në Tiranë specializohet në pediatri dhe më vonë punoi si pedagog i kësaj lënde në Fakultetin e Mjekësisë dhe në spitalin e pediatriisë (QSUT).

Ka kryer edhe mjaft specializime: Më 1966, në pediatri sociale, në Paris; 1971-1972, po në Paris, bëri një specializim në kardiologjinë e fëmijëve dhe në vitin 1991 kreu trajnim 3-mujor në kardiologji dhe reumatologjinë pediatrike. Gjatë gjithë jetës së tij është shquar për punë të përkushtuar me fëmijët e sëmurë, si dhe me veprimtari mjekësore të mirëfilltë.

Pas specializimit në Paris (1971-1972), Prof. Kristo vuri bazat e specialitetit të kardiologjisë pediatrike, duke u bërë themelues i kësaj shkence në vendin tonë.

Gjatë punës ai mori gradën Kandidati shkencave (1966), titullin Docent (1970), Doktori shkencave (1989) dhe Profesor (1990).

Prej viteve 1986-1996, drejtoi katedrën e pediatriisë. Është autor i 6 teksteve mësimore, 3 monografive, 56 artikujve shkencorë. Ndër vite ka botuar shumë në fushën e pediatriisë: studime, monografi, artikuj shkencorë në periodikun e vendit dhe atë të huaj si dhe ka udhëhequr shumë diploma e disertacione.

Prof. Thoma Kristo, në punën e tij si pediatër pranë Klinikës Orthodhokse “Ungjillëzimi” u shqua për punë të palodhur dhe shumë të kualifikuar. Ishte një nga Profesorët e nderuar të klinikës dhe gëzonte respektin e mirënjohjen e prindërve të fëmijëve të sëmurë. Diagnostikoi, mjekoi e shëroi mijëra fëmijë nga e gjithë Shqipëria. Prof. Thomai gëzonte gjithashtu respektin e gjithë kolegëve të tij në klinikë, të cilët do ta kujtojnë gjithmonë me nderim.

Prof. Dr. Thoma Kristo do mbetet i paharruar në kujtesën tonë.

Prof. Dr. Robert Andoni
Këshilli Kombëtar, UMSH

Dr. Robert BIÇOLLI

1947 - 2019

Më datë 23.06.2019 u nda nga jeta Dr. Robert Biçolli në moshën 72 vjeçare, mjek Anatomio - Patolog dhe ekspert Mjek-Ligjor, duke lënë një boshllëk e keqardhje të madhe tek familjarët, të

afërm, shokët por edhe tek shumë banorë të rajonit Korçës që e njohën dhe morën shërbim shëndetësor prej tij.

Doktor Robert Biçolli lindi në Korçë në vitin 1947 në një familje arsimdashëse, mbaroi arsimin 7 vjeçar dhe të mesëm në Korçë, dhe në vitet 1965 - 1971 kreu Fakultetin e Mjekësisë si Mjek i Përgjithshëm. Pas studimeve filloi punë si mjek i përgjithshëm në Spitalin Pediatrik të Korçës.

Në vitet 1972-1975 specializohet për Anatomi Patologjike dhe Mjekësi Ligjore, duke vazhduar punë më tej në Spitalin Rajonal Korçë.

Gjatë punës është dalluar për përkushtimin e tij, gatishmërinë në çdo kohë, për rastet Mjeko - Ligjore të cilat kanë qenë jo të pakta për Rrethin e Korçës.

Dr. Roberti ka qenë mjek i përgatitur, i angazhuar, i përshtatur me të rejtat e shkencës mjekësore. Vazhdoi punën deri në 2013 kur doli në pension dhe më pas ka qenë në cilësinë e konsulentit në shërbimin e mjekësisë ligjore dhe anatomisë patologjike.

Ai ishte edhe një bashkëshort, prind efamiljar i mirë; e për të gjitha këto do të kujtohet gjatë jo vetëm nga familja, të afërmit, shokët e miqtë, por edhe nga mbarë komuniteti i Rajonit të Korçës. Do mbetet i paharruar në kujtesën tonë.

*Dr. Ema Lumi, Dr. Gjergji Denasi, Dr. Rolandi Lalaj, Dr. Kujtim Shabani
Këshilli Rajonal Korçë, UMSH*

Dr. Vasil TETA 1943 – 2019

Bir i një familje të thjeshtë që kishte emigruar nga Shqipëria në Francë, dr. Vasili lindi në qytetin e Lionit më dt. 30 Qershor 1943. Në vitin 1947 kur ishte vetëm katër vjeç familja Teta kthehet nga emigrimi për të jetuar përgjithmonë në vendlindje. Dr. Vasil Teta kreu me sukses shkollën e mesme në gjimnazin “Qemal Stafa” dhe Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit të Tiranës, të cilin e përfundoi në vitin 1965.

I diplomuar me rezultate të mira si mjek i përgjithshëm, punoi për pak kohë si mjek i përgjithshëm në rrethin e Gramshit. Duke vlerësuar përgatitjen profesionale dhe rezultatet në punë, në vitet 1970 emërohet në Ministrinë e Shëndetësisë, ku drejtoi problemet e statistikave mjekësore dhe të aparaturave në sektorin e Shëndetësisë.

Dr. Vasil Teta për nevojat e sektorit që mbulonte, specializohet në Belgjikë për statistikat mjekësore, dhe pas kthimit në atdhe ai dha një kontribut në drejtim të rritjes mëtej të nivelit cilësor të punës së profilit të veçantë që mbulonte në Ministrinë e Shëndetësisë.

Në vitet 1980 Dr. Vasil Teta punoi mjek në rrethin e Tiranës për zonën e Petrelës dhe Mulletit, ku shfaqti më së miri tiparet njerëzore dhe humanitare të mjekut, të dashurisë dhe kujdesit për të sëmurët e veçanërisht për problemet e profilaksisë. Banorëte zonave ku shërbeu e deshën shumë,

sepse dhe ai kujdesej shumë për ta. Vasili e ndjente ngrohtësinë dhe dashurinë e tyre, prandaj nuk dëshironte të lëvizte nga ajo detyrë, bri njerëzve të thjeshtë në zonën e Mulletit dhe të Petrelës.

Megjithatë, pas viteve 1990 Dr. Vasil Teta me kërkesën e Ministrisë së Shëndetësisë kthehet sërish në detyrën për të cilën ishte specializuar, ku punoi deri në daljen e tij në pension.

Për të gjithë ata që e kanë njohur Dr. Vasil Tetën, ata që kanë punuar me të, gjithë banorët të cilëve u ka shërbyer, ruajnë në memorje tiparet dalluese njerëzore, humanizmin, sinqeritetin dhe vendosmërinë për të vënë në jetë një vendim të drejtë, cilësi për të cilat kujtohet gjithmonë.

*Dr. Din ABAZAJ, Dr. Faik TOSKA, Dr. Lulëzim MULLAHI, Haki TEQJA
Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH*



Dr. Ahmet ALLIU
1933-2019

Më 26 Maj 2019 u nda nga jeta mjeku i parë dibran i shkollës shqiptare, Dr. Ahmet Alliu. Ailindi më 25 Mars të vitit 1933, plot 86 vjet më parë, në familjen e Ramadan Alliu në fshatin Strikçan të Dibrës. Rridhte nga një familje shumë patriotë e arsimdashëse e Grykës së Madhe dhe u rrit e u edukua me tiparet më të mira të një dibrani të mençur, të ditur dhe veçanërisht human.

Pasi kreu në vitet 1946-1948 kreu shkollën 7 vjeçare në Peshkopi, i ofruan të studionte në arsim, por prirjet e tij e shtynë drejt një profesioni human, drejt profesionit të mjekutn me të cilin do lidhte jetën.

Në vitin 1948 filloi studimet në Politeknikumin Mjekësor që sapo ishte hapur në Tiranë, dhe i përfundoi në vitin 1952. Menjëherëshkoi të studionte në Institutin e lartë Mjekësor që u hap në vitin 1952, dhe në vitin 1957 do të ishte mjeku i parë dibran i shkolluar në shkollën shqiptare.

Shërbeu me devocion për më shumë se 40 vjet në Dibër, si një mjek i kompletuar e i gjithanshëm, si: patolog, pediatër, radiolog, anatomo-patolog, ekspert mjeko-ligjor dhe në çdo sektor tjetër të shëndetësisë ku pati nevojë për të.

U shqua si një mjek erudit, i aftë e kompetent, i pa lodhur asnjëherë, i gatshëm në çdo kohë. I përgatitur profesionalisht dhe mjaft human, ai do të ishte ndër figurat më të spikatura e të

dashura të mjekësisë dibrane, njeri që bëri epokë e la historinë e tij në zhvillimin e përparimin e saj.

I dashur në familje, i respektuar në profesion e shoqëri, i kendshëm në biseda e i thellë në mendime dhe me një humor që nuk i shterri kurrë, ky është portreti i plote i tij. Ne krenohemi që ai ishte midis nesh dhe patëm fatin të ishim të dashurit e tij.

Dr. Ahmet Alliu do të mbetet i pa harruar.
Lamtumirë miku ynë i shrenjtë.
I përjetshëm qoftë kujtimi i tij.

*Prof. Dr. Ahmet Kamberi, Prof. As. Nazmi Koçi, Dr. Farm. Abdulla Hoxha, Prof. Dr. Sulejman Zhugli, Dr. Muhamet Kodra, Dr. Tajar Petani, Dr. Farm. Laze Dautaj, Xhevat Kotili
Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH*



Dr. Arqile GJIKONDI

1956 - 2019

Më datën 17 Gusht 2019, u nga jeta dr. Arqile Gjikondi, një nga mjekët ushtarak të spikatur të Spitalit Ushtarak, ku kontribuoi për shumë vite si mjek nefrolog.

Dr. Gjikondi lindi në Tiranë, më 13 Qershor 1956. Pas arsimit të mesëm të përgjithshëm përfundoi Fakultetin e Mjekësisë në vitet 1976-1981 si student me rezultate te larta.

Si mjek ushtarak punoi në Divizionin e Tiranës dhe BrK në Rrëshen për disa vite. Më pas ndoqi specializimin pasuniversitar në Nefrologji dhe punoi si mjek nefrolog në shërbimin e Terapisë të Spitalit Qendror të Ushtrisë deri sa doli në reformë si mjek ushtarak.

Më pas në profesion të lirë dr. Arqileja punoi si mjek nefrolog i suksesshëm në klinikën për veshkat e prostatën ku arriti rezultate të larta në fushën e mjekimit dhe trajtimit të rrugëve urogenitale.

Dr. Arqileja ishte një nga mjekët e spikatur të Spitalit Ushtarak në fushën e urologjisë, një emër i dashur për të gjithë kolegët dhe ata që e kanë njohur. Në vlerësimet dhe karakteristikat e kohës vlerësohet si mjek që dashuronte profesionin, shumë studioz për perfeksionimin shkencor dhe mbi të gjitha njeri me shumë kulturë.

Gjatë gjithë periudhës së punës së tij e deri në fund të jetës, ai u shqua për urtësinë, ndershmërinë dhe korrektesën shembullore e njëkohësisht familjar model, i thjeshtë dhe shumë i dashur me njerëzit, të sëmuret, kolegët, miqtë dhe shokët.

Dr. Arqile Gjickondi do të mbetet në brezin e mjekëve të shkëlqyer të Spitalit Ushtarak duke lënë pas një emër dhe kontribut të madh dhe të paharruar në historinë e tij dhe veçanërisht në Nefrologji, ku kontribuoi për më shumë se 25 vjet.

Qoftë i paharruar.

Prof. Asc. Dr. Luan Nikollari, Shef i Statistikës në Spitalin Universitar të Traumës

Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH

Shyqyri LLANAJ 1940 – 2019

Më datë 12 Gusht 2019 u nda nga jeta papritur dr. Shyqyri Llanaj.

Dr. Llanaj lindi në Sevaster - Vlorë ku kreu shkollën 7-vjeçare. Në vitin 1960 kreu Politeknikumin Mjekësor në Tiranë, dhe në vitin 1966 përfundoi Fakultetin e Mjekësisë me rezultate shumë të mira.

Pas përfundimit të universitetit filloi punë si mjeku i parë në Simanaj – Tepelenë dhe në vitin 1973 u emërua përgjegjës i seksionit të shëndetësisë në Tepelenë.

Në vitet 1986-1992 punoi si drejtor i Drejtorisë së Higjienës dhe Epidemiologjisë në Tepelenë, kohë gjatë së cilës kontribuoi në ndërtimin e Spitalit të Memaliajt, Shtëpinë e Lindjes në Tepelenë dhe të 12 Qendrave Shëndetësore të reja në rrethin e Tepelenës.

Në vitin 1996-2000 punoi si inspektor sanitar për higjienën komunale në DSHP Vlorë, dhe në vitin 2000 u emërua drejtor Qendre Shëndetësore, pozicion të cilin e mbajti derisa doli në pension.

Gjatë gjithë kohës që punoi në shërbim të pacientit u përpoq për rritjen e përmirësimin e shërbimit shëndetësor e veçanërisht në shërbimet spitalore. E për këtë do mbahet mend gjatë nga shumë pacientë e banorë të Tepelenës e Vlorës për përkushtimin dhe kujdesin që ju ofroi.

Për këto veçori në 15 Qershor 2019 Shoqata Kulturore Atdhetare Labëria – Vlorë e dekoroi me titullin ‘Mirënjohje e Labërisë’.

Për familjen dhe gjithë ata që e njohën do mbetet i paharruar kujtimi i tij.

Këshilli Rajonal Vlorë, UMSH